

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**"ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA AO
IDOSO NO AMBIENTE ASILAR, BUSCANDO O RESGATE
DA IDENTIDADE E AUTONOMIA, TENTANDO MINIMIZAR
OS CONFLITOS CAUSADOS PELA NECESSIDADE DE
INSTITUCIONALIZAÇÃO."**

**Fernanda Bion Jacques da Cruz
Penélope Paloma Rüdiger Scheidt
Renatha Mendonça Böing**

Florianópolis, julho de 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

"Assistência de enfermagem humanizada ao idoso no ambiente asilar, buscando o resgate da identidade e autonomia, tentando minimizar os conflitos causados pela necessidade de institucionalização."

Relatório final da Prática Assistencial apresentado à disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada da 8ª fase, do Curso de Graduação em Enfermagem

ACADÊMICAS:

Fernanda Bion Jacques da Cruz
Penélope Paloma Rüdiger Scheidt
Renatha Mendonça Böing

ORIENTADORA

Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves

SUPERVISORA

Enfermeira Ana Cristina Oliveira da Silva Hoffmann.

Florianópolis, julho de 2000.

N.Cham. TCC UFSC ENF 0362
Autor: Cruz, Fernanda Bio
Título: Assistência de enfermagem humani
972496215 Ac. 241627
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0362
Ex.1

"Assistência de enfermagem humanizada ao idoso no ambiente asilar, buscando o resgate da identidade e autonomia, tentando minimizar os conflitos causados pela necessidade de institucionalização."

**Fernanda Bion Jacques da Cruz
Penélope Paloma Rüdiger Scheidt
Renatha Mendonça Böing**

Apresentam o relatório final

Banca examinadora:

Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves – Orientadora

Professora Ângela Alvarez

**Enfermeira Ana Cristina Oliveira da Silva Hoffman
Supervisora**

“As pessoas começam a envelhecer quando deixam de sonhar.

Quando as queixas, reclamações e amarguras tomam conta de alguém, começa a doença da velhice. Para ser invadido por estes fantasmas, não é preciso ter 80 anos. Quantos jovens se mostram desanimados e ficam velhos antes do tempo!

É proibido deixar de sonhar. É proibido parar. Há pessoas que precisam de você. Há carentes que necessitam do seu sorriso. Na viagem da vida, antes da estação final, há uma parada importante que é a velhice. E é somente do alto de uma montanha que se pode vislumbrar e contemplar o espetáculo das paisagens belas que foram percorridas.”

Almir Ribeiro Guimarães

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer de uma maneira carinhosa a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para que mais esta etapa de nossas vidas fosse concretizada. Especialmente:

À DEUS, presente em todos os momentos de nossas vidas. Aquele que compreendeu nossos anseios e nos deu força necessária para atingir nossos objetivos.

AOS FAMILIARES, em especial aos pais e irmãos: Renato, Clélia e Karine (Renatha), Ivo, Alice, Phyllis e filho Patrick (Penélope), Joceli Vânia, Renato, Jucemar, Cheila e Sandro (Fernanda), que nos acompanharam no dia-a-dia desta caminhada e compreenderam nossos momentos de ausência.

AO NOIVO E GRANDE AMOR CÉSAR, pela força e por acreditar em meu potencial. Por compreender os momentos de ausência e me esperar para a nova etapa de nossas vidas. (Renatha)

ÀS TIAS HILDA, INAH E ILSA, pela presença constante em minha vida. Pela compreensão e carinho. (Penélope).

À NOSSA ORIENTADORA, que também foi um anjo em nossas vidas. Obrigada pela orientação e segurança que nos transmitiu. Seu profissionalismo brilhante enriqueceu nosso trabalho e nossas vidas.

À ANGELA, que aceitou fazer parte da avaliação deste trabalho.

À NOSSA SUPERVISORA, gostaríamos de agradecer pela colaboração e incentivo.

AOS IDOSOS, anjos em nossas vidas. Pessoas simples, porém sábias por natureza. Nos fizeram crescer e perceber um sentido mais puro da vida.

À PRESIDENTE, ADMINISTRADORES E FUNCIONÁRIOS DA INSTITUIÇÃO, obrigada pela oportunidade de realização de estágio e pela sua contribuição para o nosso crescimento profissional.

AOS AMIGOS Dr. VANIR CARDOSO E Enfermeira MARIA DE LOURDES CARDOSO pelo apoio, estímulo e por acreditarem na nossa capacidade.

AOS AMIGOS FABRÍCIO, EDUARDO, KARINE E CECÉU, pela paciência e disponibilidade durante a colaboração técnica deste trabalho.

À CATARINA MARIA RÜDIGER, pela disponibilidade durante a colaboração fotográfica.

À TODOS OS PROFESSORES DA GRADUAÇÃO, que contribuíram para nossa formação profissional.

AOS COLEGAS DE CLASSE, que foram mãos amigas durante nossa caminhada.

Resumo

O trabalho a ser apresentado trata do relato final de uma proposta de prática assistencial realizada durante a VIII unidade curricular do curso de graduação em Enfermagem da UFSC. Foi desenvolvido no período de 27/03/2000 à 06/06/2000 na instituição asilar “Lar dos velhinhos de Zulma”, localizado em São José – SC. O objetivo principal foi o de planejar, implementar e avaliar uma assistência de enfermagem humanizada, adequando-a ao ambiente asilar, possibilitando o direito ao bem estar e à saúde do idoso, buscando o resgate das experiências anteriormente vivenciadas. As acadêmicas utilizaram como referencial teórico a Teoria Humanística de Paterson e Zderad, onde a enfermagem preocupa-se no estar com o outro, visando um estar melhor através de uma relação autêntica que terá resultado singular para ambos. Em nossa prática assistencial buscamos o auto conhecimento, aprendemos a utilizar o conhecimento intuitivo, aplicamos o conhecimento científico e sintetizamos esses dois conceitos para estabelecer a relação terapêutica. Ao término deste trabalho, as acadêmicas consideram que foi possível vivenciar uma experiência autêntica, onde estabeleceu-se uma interação idoso – enfermagem, favorecendo o cuidado humanizado durante o processo do envelhecer humano.

Abstract

This study treats about a final project of a nursing care purpose during the last semester of the graduation nursing course of Santa Catarina Federal University, developed from 27/03/2000 to 06/06/2000 in a geriatric residence called "Zulma" Elderly home, situated in São José, SC. It aims at proposing to plan, develop and evaluate the humanistic nursing care experience, due to the geriatric residence's environment, making viable the well-being and elderly health rights, fetching the rescue of previous living experiences. The students used as theoretical reference Paterson and Zderad, where nursing cares about being with others, fetching a well-being through an authentic relation that will have singular result for both of them. In our practice we had to fit it according elderly people reality were living to develop our study, We worked with self knowledge and learned how to use scientific and intuitive knowledge, summing up them to stabilize the therapeutic relation. Concluding this study, the students considered that it was possible to live an authentic and unforgettable experience, where it was performed a straight linking between elderly- nursing, offering the humanistic nursing care during the human aging process.

Key words: Elderly, geriatric and nursing.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	01
2. Objetivos.....	04
2.1 Objetivo Geral.....	04
2.2 Objetivos Específicos.....	04
3. Revisão de Literatura.....	05
3.1 Teorias do Envelhecimento.....	05
3.1.1 Teorias Gerais do Envelhecimento Biológico.....	05
3.1.2 Teorias do Envelhecimento Psicossocial.....	08
3.2 Fisiologia do Envelhecimento.....	09
3.3 As Multipatologias de Incidência na População Idosa.....	15
3.4 Aspectos Psicológicos do Envelhecimento.....	29
3.4.1 Aspectos Ligados à Velhice.....	30
3.5 Contextualização da Pessoa Idosa Brasileira.....	34
3.6 Política Nacional e Saúde do Idoso.....	37
3.6.1 Os Serviços de Saúde Existentes.....	40
3.7 Enfermagem Gerontológica e Geriátrica.....	41
4. Referencial Teórico.....	47
4.1 Biografia das Teóricas.....	48
4.2 A Teoria.....	48
4.3 Pressupostos das Teóricas.....	53
4.4 Principais Conceitos.....	54

5. Metodologia.....58

5.1 O Processo de Cuidar.....58

5.2 Descrição do Local de Estágio.....64

5.3 População Alvo.....66

5.4 Plano de Ação.....67

6. Cronograma.....71

7. Descrição dos Resultados.....77

8. Aspectos Éticos.....114

9. Considerações Finais.....118

10. Referências Bibliográficas.....120

11. Anexos.....124

12. Parecer Final do Orientador.....147

1. INTRODUÇÃO

O trabalho a ser apresentado, trata do relato de uma prática assistencial durante o estágio da VIII Unidade Curricular do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, cuja finalidade é mostrar que todo o indivíduo necessita de cuidados e atenção em saúde, independente de estar ou não hospitalizado e em quaisquer circunstâncias do viver humano.

O trabalho foi desenvolvido no Lar de Zulma, localizado no município de São José, no período de 27/03/2000 a 06/06/2000 com uma carga horária de 220 horas de atividades práticas, tendo como orientadora a Professora Doutora Lúcia Hisako Takase Gonçalves e como supervisora a Enfermeira Ana Cristina Oliveira da Silva Hoffmann.

Optamos pela realização de uma prática assistencial direcionada ao cuidado humanizado ao idoso em ambiente asilar, pela necessidade de aprimorarmos nosso conhecimento, visto que nosso currículo não ofereceu prática e teoria referentes a este assunto. A opção temática resultou da afinidade existente entre nós, acadêmicas, visto acreditarmos que:

- o idoso é um ser único, repleto de experiências;
- o ambiente asilar requer uma assistência voltada principalmente ao bem estar do idoso, porque ele faz parte deste ambiente e o ambiente faz parte dele.
- a família reflete muito na bagagem do indivíduo, sendo, portanto, necessário sua inclusão no cuidado humanizado.

O título escolhido foi: **"Assistência de enfermagem humanizada ao idoso no ambiente asilar, buscando o resgate da identidade e autonomia tentando minimizar os conflitos causados pela necessidade de institucionalização."**

De acordo com a OMS o envelhecimento é classificado em quatro estágios:

Meia-idade – 45 a 59 anos

Idoso – 60 a 74 anos

Ancião – 75 a 90 anos

Velhice extrema – 90 anos em diante.

Segundo Flores e Silva (1997), atualmente se pensa em saúde, imaginando-se muito mais que a simples ausência de doenças. A saúde hoje é vista a partir da idéia de bem-estar, qualidade de vida e autonomia, relembrando os objetivos da OMS de: SAÚDE PARA TODOS no ano 2000.

Para o Estado, instituições públicas e privadas e alguns profissionais da saúde, a dependência e a falta de expectativa são esperadas e naturais da velhice. É necessário alcançar o bem estar, obter qualidade de vida e autonomia dos idosos. Mas como mudar conceitos tão arraigados, mitos, estereótipos tão fortes em relação ao que envelhece e de quem provavelmente terá que prevenir, tratar e cuidar de problemas nessa faixa etária?

Estudos realizados por Guillerma (1987), enfocam a questão das responsabilidades que a sociedade, como um todo, tem no que se refere à dependência do idoso. Segundo ele, muitos serviços que são oferecidos ao idoso, embora com objetivos de manter a autonomia e a independência, terminam por obter justamente o contrário do que se propõe, aumentando a dependência e tirando do idoso inclusive a confiança em seu potencial de adaptação, ajustes e possibilidades durante problemas ligados principalmente à saúde.

Segundo Ruipérez e Llorens (1996, p. 343), os cuidados prestados em ambiente asilar, devem ser integrados, levando sempre em conta a pessoa como um todo. Devem superar, portanto, o cuidado meramente assistencial, no sentido clássico de considerar apenas as necessidades rotineiras da vida. Os referidos cuidados devem ser personalizados e contínuos no tempo para dar uma assistência

digna nos casos que evoluem para situações de dependência. Se a admissão em um asilo, já implica, por si só, um **trauma**, o que não acontecerá quando esta ocorre por uma situação de incapacidade que não existia? O Enfermeiro e a equipe de enfermagem são peças chave nas atividades assistenciais do lar de idosos. As atividades destinadas a este profissional são múltiplas e variadas.

Com base no exposto, afirmamos o objetivo principal do nosso trabalho: possibilitar ao idoso o direito ao respeito, ao bem estar e a saúde, por meio do cuidado humanizado.

Para Lerch (1982), o segredo da humanização reside na filosofia que propõe antes de tudo o bem estar físico, psíquico, social e moral do cliente.

O cuidado durante o processo de envelhecimento, visa sempre a busca do bem estar, e mesmo nas piores situações os idosos devem ser atendidos com dignidade.

Para nortear a assistência de enfermagem prestada, escolhemos a teoria Humanística de Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad.

Desenvolver um trabalho de assistência ao idoso em ambiente asilar com base na teoria humanística, não só nos possibilitou vivenciar e compreender o envelhecimento humano, mas também estabelecer uma interação idoso/enfermeiro, promovendo o cuidado humanizado e consequentemente minimizando os conflitos causados pela necessidade de institucionalização.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Planejar, implementar e avaliar uma assistência de enfermagem humanizada, adequando-a ao ambiente asilar, possibilitando o direito ao bem estar e a saúde do idoso buscando o resgate das experiências anteriores vivenciadas.

2.2 Objetivos Específicos

- 01-** Conhecer a estrutura e organização da instituição e identificar a realidade vivida pelos idosos.
- 02-** Revisar literatura específica referentes aos temas abordados, aprofundando-os paralelamente ao estágio de prática assistencial.
- 03-** Promover a interação do pessoal de Enfermagem, incluindo as alunas de graduação, idosos e equipe asilar, favorecendo a integração dos mesmos, com vistas a proporcionar uma relação autêntica permitindo a troca de informações e experiências.
- 04-** Prestar o cuidado humanizado baseado nos conceitos e pressupostos de Paterson & Zderad.
- 05 –** Visitar um serviço geriátrico/gerontológico alternativo para conhecer outra realidade que proporcione maior bem estar aos idosos.
- 06 –** Participar de eventos relacionados à área geriátrica/gerontológica e/ou que sejam importantes para o aprimoramento de nosso conhecimento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Baseadas na leitura de vários autores como: Shock (1997), Brack (1997), Ducharme (1984), Berger (1995), Ruipérez (1998), Busse & Blazer (1992), Guimarães (1989), Papaléo (1994), Forciea (1998), Gonçalves, Alvarez e Stevensen (1996), descreveremos a seguir alguns temas que foram necessários para melhor compreensão do envelhecer humano.

3.1 - TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um fenômeno perfeitamente natural, onde no decorrer dos anos, tem-se tentado explicar este fenômeno multidimensional, através de inúmeras hipóteses. Diferentes teorias tentam explicar o envelhecimento biológico e psicossocial.

3.1.1- TEORIAS GERAIS DO ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

Embora o envelhecimento seja um fenômeno universalmente conhecido pelos biólogos, nenhuma das definições atuais está cientificamente comprovada e aceita. No entanto julga-se cada vez mais, que o envelhecimento é um fenômeno multidimensional resultante da ação de vários mecanismos.

Os biólogos definem o envelhecimento como uma série de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo. Numa tentativa de explicar estas mudanças, foram elaboradas várias teorias, dentre elas:

- Teoria imunitária
- Teoria genética

- Teoria do erro da síntese protéica
- Teoria do desgaste
- Teoria dos radicais livres
- Teoria neuro-endócrina

➤ **Teoria Imunitária**

As transformações a nível de sistema imunitário podem ter um papel etiológico no envelhecimento. Segundo esta teoria, o envelhecimento resultaria da formação de anticorpos que atacariam as células sãs do organismo. O organismo possui um notável sistema de defesa que engloba vários mecanismos, que se chama "imunidade". Segundo a teoria, é a disfunção gradual, ou a falha do sistema imunitário do organismo que originaria o envelhecimento. O sistema imunitário ataca certas pequenas partes do corpo como se fossem invasores .

Esta teoria não pode explicar todos os fenômenos complexos do envelhecimento, no entanto tem a vantagem de ser compatível com a idéia da existência de relógios internos responsáveis por acionar o processo de envelhecimento. Assim, transformações do sistema imunológico poderiam depender de causas genéticas.

➤ **Teoria Genética**

Segundo a teoria genética, no ser humano o envelhecimento é a última etapa de um processo genético definido e orientado. É certa a existência de um controle genético de duração idêntica à da vida, que explica as diferenças marcadas entre a média de vida nas várias espécies animais.

Para vários investigadores, o envelhecimento uma consequência da deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares. Esta instabilidade originaria modificações da molécula do DNA, advindo daí erro na síntese de proteínas.

➤ **Teoria do erro na síntese genética**

Segundo esta teoria, o envelhecimento resultaria da degradação celular. As roturas a nível da cadeia da molécula do DNA ou as mudanças de posição dos

compostos químicos dessa cadeia falseiam a informação genética, impedindo consequentemente a célula de produzir as proteínas essenciais à sobrevivência das células.

Investigadores afirmam que erros a nível das inúmeras etapas da síntese protéica levariam à formação de proteínas incompetentes e incapazes de desempenhar as suas funções, esses erros ou perturbações, seriam responsáveis pelo envelhecimento.

➤ **Teoria do Desgaste**

Segundo Sacher (em Shock, 1977) o organismo humano se comporta como uma máquina cujas partes se deterioram com o uso. O desgaste provocaria anomalias, daí advindo uma paragem desse mecanismo. Porém, Shock considera que a analogia homem-máquina não é uma boa comparação, sendo que os organismos vivos desenvolveram certos mecanismos capazes de auto-reparação. Alguns tecidos produzem continuamente novas células de substituição que diminuem os efeitos do envelhecimento por desgaste.

➤ **Teoria dos radicais livres**

Segundo esta teoria, o envelhecimento e a morte celular provêm dos efeitos nefastos causados pela formação dos radicais livres. Os radicais livres poderiam provocar o envelhecimento por diversos mecanismos como a peroxidação dos lipídeos não saturados levando à formação de substâncias tóxicas para as células das quais não podem se libertar. Estas substâncias são chamadas de pigmentos de envelhecimento ou lipofuscina. Através do mecanismo de ligação às fibras reticulares do tecido conjuntivo, os radicais livres constituem também um obstáculo à difusão das substâncias nutritivas, diminuindo assim a vitalidade dos indivíduos.

➤ **Teoria neuro-endócrina**

Segundo esta teoria, o envelhecimento é causado pelo fracasso ou insuficiência do sistema endócrino no que se refere à coordenação das diferentes

funções do corpo. A regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças neuro-endócrinas.

O sistema endócrino funciona em estreita harmonia com o sistema nervoso com o objetivo de manter a homeostase sendo que a maior parte das funções neuro-endócrinas parece diminuir com a idade.

As mudanças neuro endócrinas, dentre elas a modificação da produção ou liberação de certos hormônios teriam efeitos diretos sobre o envelhecimento. Para alguns autores a longevidade seria regulada por um relógio biológico que agiria nas glândulas endócrinas, sobretudo na hipófise. Estes relógios desencadeiam os grandes processos humanos, dentre eles o envelhecimento.

Estamos longe da compreensão precisa dos múltiplos fatores e processos de deterioração implicados no fenômeno multidimensional do envelhecimento.

3.1.2- TEORIAS DO ENVELHECIMENTO PSICOSSOCIAL

Os inúmeros estudos em gerontologia social, elaborados com o objetivo de explicar a influência dos fatores culturais e sociais sobre o envelhecimento, culminam em várias teorias, dentre elas:

- Teoria da atividade
- Teoria da desinsersão
- Teoria da continuidade

- **Teoria da atividade**

Lemon e outros formularam em 1953 a seguinte hipótese: um idoso deve manter-se ativo se quer obter mais satisfação na vida e se quer manter a auto estima e conservar a saúde.

Segundo esta teoria a velhice bem sucedida pressupõe a descoberta de novos papéis ou uma nova organização dos já desempenhados. A sociedade deve valorizar a idade a facilitar este processo.

- **Teoria da desinsersão**

A teoria da desinsersão de Cumming e Henry, demonstra que o envelhecimento é acompanhado de uma desinsersão recíproca do indivíduo e da

sociedade. Em outros termos, o indivíduo põe fim de forma gradual, ao seu empenhamento e retira-se da sociedade, sendo que esta oferece-lhe muito menos que anteriormente. Quando a desinsersão é total, o indivíduo atinge um novo equilíbrio, caracterizado pela modificação do seu sistema de valores. Brack (1977), considera que esta teoria tenta justificar a desinsersão, presumindo que o afastamento do meio físico e social durante o envelhecimento, é uma etapa normal do desenvolvimento.

- **Teoria da Continuidade**

A teoria da continuidade demonstra que o envelhecimento é uma parte integrante do ciclo de vida e não um período final, separado das outras fases. O idoso mantém os seus hábitos de vida, suas preferências, experiências e compromissos adquiridos e elaborados durante a sua vida. Deste modo, a conduta de um indivíduo numa determinada situação mantém-se idêntica ao seu comportamento anterior.

Embora exista uma certa descontinuidade ao nível das situações sociais, os hábitos e estilo de vida adquiridos pelo idoso determinam sua adaptação.

3.2 - FISIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

“Velhice não é doença, entretanto, é universal, progressiva, declinante, e intrínseca”. (Goldman, 1979).

A saúde não desaparece automaticamente com a chegada da velhice, que não é sinónimo de doença. No processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do organismo, e o efeito destas mudanças nos contextos ambientais específicos modifica os comportamentos individuais, trata-se no entanto de processos normais e não sinais de doença.

As modificações fisiológicas do envelhecimento humano têm efeitos cumulativos, fazem-se sempre de maneira progressiva, são irreversíveis e deletérios para todos os seres humanos. As alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se em ritmo diferente para cada pessoa e dependem de fatores

externos e internos, sendo que o envelhecimento dos sistemas fisiológicos também é um processo individual.

O envelhecimento orgânico não é homogêneo e numerosas são as causas do envelhecimento, estas se agrupam em quatro grandes categorias:

- causas genéticas
- ausência de uso ou mau uso de uma função ou aptidão durante o crescimento e idade adulta.
- fatores de risco
- doenças intercorrentes que aceleram o envelhecimento

No organismo, registra-se uma série de alterações tanto físicas quanto psicológicas e funcionais.

Relacionaremos abaixo uma síntese das alterações fisiológicas do envelhecimento.

Composição Corporal

A água intracelular diminui, o que quer dizer que o idoso é uma pessoa desidratada. Daí o cuidado na hidratação e na prescrição de drogas hidrossolúveis, pois elas estão em maior concentração que no adulto jovem.

A musculatura atrofia, ou podem, até, algumas fibras diminuir em número, trazendo repercussões em vários aparelhos, como veremos a seguir.

A gordura aumenta de proporção, principalmente no abdômen e cintura pélvica. Cuidado especial é recomendado ao prescrevermos drogas lipossolúveis, pois seu tempo de ação está aumentado por ter sido depositado em maior proporção, se comparada ao adulto jovem.

Pele e fâneros

Diminui a elasticidade da pele. Esta somada a desidratação que acabamos de comentar, mais os movimentos de expressão e a gravidade dão origem as rugas. Além disso observa-se a atrofia e xerodermia, fazendo com que essa pele absorva mais os cremes que lhe são aplicados. A pele seca também pode Ter prurido, conhecido como prurido senil. Os pelos já são mais rarefeitos e

esbranquiçados pela diminuição da função dos melanócitos. As unhas crescem mais lentamente, são espessadas, endurecidas e quebradiças.

Tecido celular e subcutâneo

Embaixo da pele a gordura é menor, apesar de que, como já foi descrito, globalmente se encontra aumentada. Essa modificação leva a pessoa a diminuir a sua habilidade de termorregulação. Sem proteção sob a pele os contornos ósseos e vasculares são proeminentes e há formação de hematomas aos menores traumatismos.

Órgãos dos sentidos

Todos os sentidos podem estar diminuídos, devendo ser estimulado o uso de prótese dentária para evitar a desnutrição, os óculos contra as quedas que, junto à prótese auditiva, evita o isolamento da pessoa por não conseguir perceber o que se passa ao seu redor.

Musculatura

A musculatura diminui com conseqüente perda de força, flexibilidade, resistência e equilíbrio, facilitando a ocorrência de quedas. Os idosos movimentam-se com mais lentidão e também apresentam coordenação muscular comprometida.

Ossos

A massa óssea encontra-se diminuída, é a osteopenia. Se a perda ultrapassar a 30% estaremos diante da osteoporose, não sendo mais fisiológico. Pela sua alta incidência, considera-se a osteofitose fisiológica quando não compromete alguma estrutura anatômica que possa trazer sintomas constantes ou intermitentes.

Postura

Tende a ser cifótica pela diminuição da altura das vértebras provocada pela osteopenia e desidratação dos discos intervertebrais. Somando-se essas duas alterações à flacidez do arco plantar, encontraremos uma pessoa mais baixa se

comparada com ela mesma quando mais jovem. Após 40 anos perde-se 1cm a cada década. Além da cifose, observa-se flexão dos quadris e dos joelhos e a cabeça inclinada para trás com a finalidade de equilibrar o corpo, mantendo o centro de gravidade. Com a mudança da musculatura, ossos e postura, o andar também se modifica. A mulher apresenta marcha de pequenos passos e o homem aumenta a base.

Artérias

Com depósito de gordura e cálcio ao longo dos anos, as artérias estão mais endurecidas e estenosadas, aumentando a resistência periférica. Precisamos observar a hipertensão iniciada na pessoa idosa. Pode ser que a pressão intra arterial esteja normal e somente a parede da artéria é que esteja com sua elasticidade comprometida. É recomendado iniciar com dose baixa de anti-hipertensivo para evitar a hipotensão arterial.

Coração

Miocárdio com elasticidade diminuída, comprometendo o débito cardíaco, com diminuição da reserva funcional.

Após esforço físico que provoque taquicardia, observa-se maior tempo para que a frequência cardíaca volte ao normal. As válvulas podem espessar-se, ouvindo-se sopros. O depósito de lipofuscina no feixe de His pode provocar arritmias e bloqueios. Se não houver repercussão hemodinâmica não se intervém.

Pulmões

Alvéolos e brônquios apresentam-se menos elásticos aumentando o ar residual, As calcificações esterno-condral e condro-vertical aumentam a rigidez da caixa torácica. A força dos músculos está diminuída. Esse conjunto faz com que diminua a secreção pulmonar.

Aparelho digestivo

Não é fisiológico, entretanto, é bastante comum em nossos meios a falta de dentes. Atenção especial deve ser dada para a utilização de próteses bem

adaptadas. Com o decorrer do tempo, há desgaste dos dentes, devendo as próteses ser trocadas com intervalo médio de 5 anos.

Como o tubo digestivo se movimenta à custa das contrações musculares próprias, encontraremos no idoso uma atonia com a motilidade diminuída, retardo do esvaziamento, trazendo como consequência a constipação intestinal.

A atrofia da mucosa leva à diminuição da acidez gástrica e da atividade enzimática, podendo alterar a absorção de certas substâncias, como é o caso da vitamina B12.

Em consequência à diminuição da circulação, no fígado ocorre menor metabolização, principalmente dos medicamentos, e menor síntese proteica, estando as substâncias não ligadas às proteínas, livres no plasma, ocorrendo com mais facilidade as intoxicações. Já o pâncreas secreta menos insulina, aumentando a glicemia em jejum. Considera-se normal para essa faixa glicemia até 140mg.

Aparelho Geniturinário

A unidade funcional do rim também encontra-se comprometida, havendo diminuição da filtração, reabsorção e eliminação. O tônus vesical é menor, aumentando o resíduo urinário, com tendência maior de infecção.

Devido à função prejudicada, pode surgir a poliúria compensatória pela falta de concentração de urina.

Na menopausa há queda de estrogênio, provocando atrofia vaginal, facilitando às infecções urinárias de repetição pela mudança da flora bacteriana local. A próstata aumenta, podendo trazer retenção urinária nos homens com consequente infecção.

Sistema nervoso central

O número de neurônios também diminui. Após os 40 anos perdemos 200.000 dessas células por dia. A memória pode estar diminuída, mas não chega a alterar a rotina diária.

Existem nesse tecido, assim como nos outros, as alterações vasculares e metabólicas que somadas à queda da quantidade celular, podem trazer uma lenificação do aprendizado. A pessoa idosa necessita tão somente ler e ouvir uma mensagem mais que uma vez para ajustar o seu rendimento intelectual.

Concluindo sabemos que existem modificações em todo o organismo, com o envelhecimento. Devemos compreendê-las para que possamos tratar adequadamente as pessoas idosas, explicando-lhes as diferenças. Compreendendo o que esta ocorrendo, aumenta a chance de adesão ao tratamento, facilitando também a prevenção de alterações que, apesar de fisiológicas, podem trazer mal estar.

Atualizando freqüentemente nossos conhecimentos em relação à fisiologia do organismo da pessoa idosa, sentiremos mais facilidade em separar a doença das **alterações** próprias do envelhecimento, tarefa muitas vezes difícil para os profissionais.

- **Alterações perceptivas com o envelhecimento**

A percepção auditiva é afetada por diversas alterações estruturais e fisiológicas relacionadas à idade. Esses declínios incluem alteração de limiares auditivos, discriminação de intensidade, localização de som, mascaramento, restabelecimento de sonoridade e compreensão da fala.

As alterações viciais relacionadas à idade na estrutura do olho resultam em diferenças funcionais significativas. Essas alterações anatômicas incluem: (1) achatamento da superfície corneal, (2) embotamento do cristalino que atenua a luz disponível, (3) perda da capacidade do cristalino em acomodar-se, (4) perdas na eficiência e número de foto-receptores na retina.

Além destas alterações particularmente afetadas, outras condições patológicas se tornam mais comuns com o avanço da idade: catarata, glaucoma e degeneração macular.

Em relação ao *paladar* e *olfato* na velhice, com o avanço da idade, há uma capacidade diminuída de perceber sabores e odores. As alterações são resultado da perda de receptores e de mudanças em circuitos neuronais. Paladar e olfato diminuem com o avanço da idade e alteram a capacidade de distinguir bebidas e comidas.

Estudos mostram que a sensação tátil também diminuem com o avanço da idade, declínio progressivo na sensibilidade.

- ***Alterações das estruturas cerebrais e função cognitiva***

Durante o envelhecimento produzem-se no cérebro certas alterações fisiológicas, tais alterações atingem principalmente as regiões frontal e temporal. A atrofia cerebral caracteriza-se por uma diminuição do peso do cérebro e do número de neurônios funcionais. A diminuição normal do número de neurônios situa-se entre 25-40% e faz-se de maneira progressiva e de modo algum impede o funcionamento mental e psicológico do idoso.

A diminuição de certas funções cognitivas é normal no envelhecimento. Mesmo nos idosos mais funcionais, manifestações como as perdas de memória representam uma importante ameaça ao bem-estar e auto-estima.

O desempenho cognitivo mantém-se intacto na maioria das pessoas idosas. As mudanças intelectuais parecem mais relacionadas com a modificação de certas funções do que com alterações da inteligência em si mesma. As mais atingidas são sobretudo funções como: a memória, tempo de reação e percepção.

Embora haja perdas cognitivas o idoso continua a adaptar-se.

“As disfunções cognitivas não são doenças, mas estados fisiológicos no do envelhecimento”.

3.3 - AS MULTIPATOLOGIAS DE INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA

É importante assinalar que não existem doenças próprias do idoso. Algumas doenças são muito mais frequentes neste grupo etário, porém podem manifestar-se em outras idades.

À peculiaridade das doenças geriátricas apoia-se na deterioração que acarreta sobre os aspectos funcional, mental e social do idoso.

- ♦ Funcional: pode aparecer uma incapacidade para atividades básicas da vida diária, assim como para atividades instrumentais. Estas atividades são fundamentais para garantir a autonomia do idoso.
- ♦ Mental: as doenças podem afetar o nível cognitivo, limitando a memória, a capacidade de raciocínio e abstração, e em afetivo predispondo à depressão.
- ♦ Social: o aparecimento de uma doença pode condicionar à internação em um lar de idosos, a necessidade de ajuda domiciliar e a impossibilidade de viver só.

Estas três dimensões estão intimamente relacionadas no paciente geriátrico.

Os idosos apresentam patologias com uma frequência muito elevada (até 80%), freqüentemente coexistem mais de uma doença (pluripatologia). A seguir estão enumeradas as doenças mais comuns no idoso e as que geram mais incapacidade.

MAIS COMUNS

- *Cardiovasculares:*

- . Insuficiência cardíaca.
- . Hipertensão arterial.
- . Infarto do miocárdio e angina de peito.
- . Arteriopatias periféricas.
- . Distúrbios venosos.

- *Respiratórias*

- . Bronquite crônica.
- . Pneumonia.
- . Tuberculose.
- . Câncer de pulmão.

- *Digestivas*

- . Úlceras duodenais e gástricas.
- . Câncer de estômago, de cólon.
- . Hepatopatias crônicas. Cirrose.
- . Prisão de ventre.

- *Urinárias*

- . Infecção urinária.
- . Hipertrofia e câncer de próstata.
- . Incontinência urinária.

- *Hematológicas*

- . Anemia
- . Leucemias e linfomas. Mieloma múltiplo.

- *Sistema Nervoso*

- . Demências: doença de Alzheimer. Demência vascular.
- . Doença de Parkinson.

- . Acidente vascular cerebral: trombose e embolia cerebral.

- ***Psiquiátricas***

- . Depressão
- . Transtornos por ansiedade.
- . Síndrome confusional aguda.

- ***Metabólicas e Endócrinas***

- . Diabetes Mellitus.
- . Desidratação.
- . Alterações da tireóide.
- . Obesidade.

- ***Reumatológicas e Traumatológicas***

- . Artrose.
- . Osteoporose.
- . Fraturas: quadris, rádio, úmero.
- . Artrite reumatóide.
- . Doença de Paget.
- . Artrite da temporal e polimialgia reumática.

- ***Órgãos dos Sentidos***

- . Visual: cataratas, glaucoma.
- . Auditivo: tampões de cera, presbiacusia.

Pudemos perceber, através de nossa prática assistencial, que dentre as patologias citadas, as mais incapacitantes são: artrose, osteoporose, acidentes vasculares cerebrais, doenças cardíacas, doenças respiratórias, tumores malignos e alterações dos sentidos.

Uma série de problemas, que pela sua prevalência e relevância, "denominam-se grandes síndromes geriátricas", podem ser fruto de muitas das patologias distintas e citadas e requerem tratamento específico.

GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS

- . Instabilidade e quedas.
- . Imobilidade.
- . Incontinência.
- . Iatrogenia.

. Insuficiência Cerebral

Dentre muitos, o desafio maior da Geriatria é o de prevenir, tratar e cuidar daqueles que constituem os problemas típicos das pessoas de idade avançada, os chamados cinco “is”. A presença de um ou mais destes problemas implica em prejuízo para a independência funcional, impedindo o idoso de atender suficientemente suas próprias necessidades alimentares, higiênicas e sociais.

São atributos dos cinco is: múltipla etiologia, não constituir risco de vida iminente, comprometer severamente a qualidade de vida, complexidade terapêutica.

Imobilidade

Instabilidade

Incontinência

Insuf.Cerebral

Iatrogenia

Imobilidade

Implica na incapacidade funcional de o indivíduo deslocar-se sem o auxílio de outra pessoa, com a finalidade de atender às suas necessidades fisiológicas. Independentemente da causa, esta situação é de tal forma complexa que justifica a designação “síndrome de imobilização”, caracterizada por sinais e sintomas que terminam por perpetuar a dependência. A imobilidade no idosos, surge principalmente por causa de fraturas. Uma imobilização teoricamente temporária (como a decorrente da recuperação da fratura de fêmur), provoca atrofia muscular, rigidez articular e favorece o aparecimento de incontinência e úlceras de decúbito. Além disso, a permanência no leito dificulta a ventilação adequada das bases pulmonares, criando condições para instalação de processos infecciosos. A associação de baixa ingestão de líquidos e a falta de fibras na alimentação podem provocar constipação intestinal. Ao quadro podem somar-se um estado de confusão mental e a ocorrência de fenômenos tromboembólicos.

Esta sucessão de eventos patológicos caracteriza um efeito dominó, no qual a um problema médico inicial sucedem-se várias complicações que devem ser tratadas simultaneamente.

Instabilidade Postural

A elevada incidência de fraturas em idosos constitui um dos indicadores da tendência a quedas, observada na velhice. Contudo, o trauma é apenas uma das conseqüências da falta de equilíbrio: um grande número de idosos convive

diariamente com o medo de cair, a ponto de tornarem-se reclusos em seus próprios domicílios e de limitarem suas atividades físicas.

A etiologia das quedas ainda está por ser esclarecida na sua totalidade, porém, atualmente já se identificaram maneiras de prevenção de quedas, notadamente quando são resultantes de farmacoiatrogenia e alterações de marcha, que são passíveis de correção através da fisioterapia.

As quedas são uma importante causa de morbimortalidade, sobretudo em países mais desenvolvidos, onde sua freqüência vem sendo estudada. Resultam da suscetibilidade aumentada no idoso em combinação com fatores externos predisponentes. Sua prevenção em nível primário incluem medidas que levam a evitar doenças crônicas e debilidade física. Também deve-se orientar sobre o espaço físico: boa luz, cores contrastantes, móveis baixos e sem superfícies pontiagudas, corrimões nas escadas e corredores, apoio nos banheiros; degraus regulares e baixos; chão liso e sem obstruções e calçados com base firme. No nível secundário, a prevenção se resumiria em diagnosticar e tratar as patologias subjacentes. Merecem destaque as enfermidades que surgem na forma de tontura, com ou sem vertigens, e de síncope.

Diversas entidades mórbidas têm surgido como fatores de risco para quedas, assumindo uma importância maior na prevenção de morbimortalidade e no seu manejo adequado. Na área cardiopulmonar estes fatores são insuficiência cardíaca, arritmias, ictus isquêmico transitório e doença broncopulmonar obstrutiva crônica. Os fatores neuromusculares são seqüelas de AVC, alterações de labirinto, doença de Parkinson, osteoporose e neuropatias. Os medicamentos também são importantes, principalmente sedativos, antidepressivos e hipoglicemiantes orais. Problemas nos pés e diabetes mellitus merecem igualmente menção. Em termos de reabilitação, surge a necessidade de abordagens multiprofissionais e um esforço de adequar o idoso às limitações irreversíveis.

Incontinência

A eliminação involuntária de urina e fezes constitui uma das mais severas ameaças à dignidade das pessoas. No entanto, a incontinência urinária não costuma motivar a investigação médica. As causas da incontinência urinária são complexas, e as conseqüências nunca são desprezíveis.

Ao contrário do que possa parecer, a incontinência pode ser tratada, desde que a causa seja exaustivamente pesquisada. Ainda que o sucesso terapêutico seja muitas vezes limitado, é melhor do que a alternativa resultante da ignorância diagnóstica e terapêutica.

Insuficiência Cerebral

Designa a condição na qual as funções encefálicas, em particular as do desempenho intelectual, estão comprometidas a ponto de prejudicarem a independência funcional e a autonomia. Os casos de insuficiência cerebral não podem ser considerados irremediáveis, a confusão mental, por exemplo, é uma situação compatível com as mais diferentes formas de disfunção orgânica registrada em outras partes do organismo, que não o encéfalo.

Os pacientes com sinais e sintomas de insuficiência cerebral, e muito particularmente, nos casos de doença de Alzheimer, constituem também, uma enorme carga para suas famílias, as quais devem ser consideradas dentro da perspectiva de tratamento e suporte.

Iatrogenia

Os idosos incluem-se entre os pacientes que maiores complicações apresentam em decorrência da sempre bem intencionada ação dos médicos. Os erros costumam ser cometidos justamente por aqueles que não hesitam em atribuir à senilidade, toda e qualquer condição ou manifestação clínica que não lhes seja familiar. Desse modo, a iatrogenia pode ser: substrativa e aditiva. No primeiro caso, o erro consiste em nada fazer e até mesmo desestimular que se faça. Não raramente, idosos são privados de reabilitação física, pela crença, errônea, de que não lhes é possível recuperar a independência funcional, sendo que a mesma situação configura-se para pacientes deprimidos e confusos, os quais, antes de receber o tratamento adequado, são considerados como senis.

O maior dos exemplos de iatrogenia aditiva, decorre do uso de medicações e imposições dietéticas absurdas. A tentativa de se tratarem todos os sintomas de idosos com drogas, leva à utilização imoderada de medicamentos que acabam sendo prejudiciais. Do mesmo modo a imposição de dietas rigorosas para idosos, costuma causar mais malefícios do que benefícios.

“Geriatrics é uma especialidade abrangente, cujo horizonte transcende o tratamento das doenças dos velhos, posto que a saúde destes é melhor estimada pelo nível de independência funcional, pela autonomia e não somente pela presença de um determinado agravo”. (Guimarães, 1989. p.3, cap.1)

Relacionamos abaixo as patologias de maior incidência encontradas no campo de estágio. (a releitura e o estudo das fisiopatologias, foram discutidas em grupo, não serão descritas devido sua extensão).

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Aproximadamente 40% das pessoas de mais de 65 anos são hipertensas.

A OMS estabelece que o idoso é considerado hipertenso quando em posição supina, apresenta pressão sistólica igual ou superior a 160mmHg e/ou pressão diastólica igual ou superior a 95mmHg.

A hipertensão arterial é uma doença multifatorial que depende de diversos mecanismos interligados, muitos dos quais se alteram com o envelhecimento.

Inúmeras investigações têm associado essa afecção com acidentes vasculares cerebrais, tendo sido demonstrada incidência duas vezes maior nos idosos hipertensos.

A identificação dos fatores etiológicos é de fundamental importância, pois permite orientar a conduta terapêutica a ser seguida.

As complicações da hipertensão são as decorrentes principalmente de comprometimento cerebral, cardíaco e renal.

A hipertensão arterial, propicia condições para o desencadeamento de Acidentes Vasculares Cerebrais Isquêmicos ou Hemorrágicos. As modificações cardíacas do próprio envelhecimento nos idosos portadores de hipertensão arterial, associam-se às alterações determinadas pela sobrecarga crônica e comprometimento da circulação coronariana. Com isso, ocorre hipertrofia miocárdica e maior probabilidade de quadros de insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca e arritmias.

Os benefícios da redução da pressão arterial em idosos são discutíveis, pelo menos em algumas situações. Assim, em pacientes da terceira idade, a normalização dos fatores pressóricos que se encontram apenas discretamente

elevados, pode ser contra-indicado, desde que nesse enfermo, a hipertensão atue como mecanismo compensados que assegura a irrigação de órgãos vitais. Nessas situações, a redução da pressão a níveis normais pode determinar o aparecimento de fenômenos isquêmicos, principalmente cerebral e coronariano.

De maneira geral, no entanto, não se discute mais os benefícios da terapêutica anti-hipertensiva. Assim, além da hipertensão arterial representar importante fator de risco, demonstra-se a importância do tratamento na prevenção de manifestações ateroscleróticas e na redução da mortalidade por doenças cardiovasculares.

OSTEOPOROSE

É um tipo comum de doença óssea metabólica, caracterizada pela redução difusa na quantidade de osso (osteopenia), sendo o osso residual de composição normal. A redução da quantidade de osso ocorre normalmente com o envelhecimento, e a fronteira entre a perda óssea e a entidade patológica nem sempre é clara. A osteoporose constitui um dos principais problemas de saúde no idoso, sobretudo em mulheres, com maior suscetibilidade a fraturas graves, incapacidade e morte.

Patologia

A osteoporose caracteriza-se por uma quantidade demasiado pequena de osso; todavia, o que se encontra presente é constituído normalmente por osteóide e minerais ósseos. Pode localizar-se nos ossos de um extremidade, como ocorre na atrofia por desuso com a imobilização num aparelho de gesso; entretanto, costuma ser generalizada.

Fatores de Risco

A pessoa mais susceptível a ser afetada é uma mulher pequena, sedentária, nulípara, na pós-menopausa, de raça branca e que teve durante toda a sua vida, um regime alimentar deficiente de cálcio.

Raça e hereditariedade – A incidência da osteoporose varia segundo a raça. Por exemplo, os negros, que têm massa óssea maior que os brancos e orientais, em todas as idades, apresentam menor incidência de osteoporose sintomática.

Nutrição – Um suprimento cálcico adequado é tão importante para manter a massa óssea máxima como para alcançá-la. Ao contrário de certas crenças populares, nossas necessidades de cálcio aumentam com a idade.

Atividade física – A atividade diária de suportar o peso do próprio corpo é essencial para a saúde do esqueleto. A tensão mecânica do peso do corpo constitui, talvez, o principal fator exógeno que atua sobre o desenvolvimento e a remodelação óssea. Uma pessoa sedentária corre maior risco de tornar-se osteoporótica que outra, ativa, que pratique exercícios que envolvam o suportar o próprio peso.

Classificação das Osteoporoses

Osteoporose Pós-Menopáusica e Senil

Esses dois tipos de osteoporose generalizada são considerados juntos porque são muito parecidos. A distinção é as vezes arbitrária: quando as mulheres desenvolvem osteoporose entre a menopausa e a idade de 65 anos, a osteoporose é denominada “*pós-menopáusica*”, ao passo que se homens e mulheres desenvolvem esta condição após 65 anos, ela é denominada “*senil*”. As osteoporoses pós-menopáusica e senil representam a doença generalizada mais comumente observada em pacientes. Afirmou-se que a osteoporose é radiologicamente detectável em 50% de todas as pessoas acima de 65 anos, e quando recordamos que a quantidade total de osso deve estar diminuída em um terço para que possa ser detectada radiologicamente, verificamos que as formas menos graves de osteoporose senil e da pós-menopáusica são realmente bastante comuns. O hipogonadismo nos mais idosos, bem como uma ingesta dietética inadequada de cálcio, parecem ser os fatores na etiologia deste tipo de osteoporose e, portanto, a condição bem pode ser agravada pela sobreposição da “*osteoporose de desuso*” associada com o habitual declínio da atividade física nos idosos.

Osteoporose por Desuso

A massa óssea modifica-se em resposta a tensões mecânicas. Após uma imobilização (seja local ou geral), a densidade óssea diminui intensa e rapidamente, com perdas ósseas proporcionais da matriz óssea e do conteúdo mineral. Podem ser perdidos até 30 ou 40% da massa óssea total inicial após seis meses de

imobilização total. Só o movimento não protege contra a osteoporose. A atividade física é necessária para o bom estado do esqueleto.

Osteoporose Relacionada à Alimentação

O papel da nutrição no desenvolvimento da osteopenia é complexo. Um déficit alimentar crônico em cálcio e em proteína, assim como, um déficit em vitamina C, co-fator essencial do metabolismo do colágeno, podem provocar diminuição da massa óssea.

Osteoporose Relacionada a Enfermidades

Quase todas as enfermidades crônicas podem provocar osteopenia, sendo a má nutrição e a imobilização as causas principais. Com freqüência, a utilização de glicocorticóides, necessária para o tratamento de numerosas enfermidades crônicas, aumenta a perda óssea.

A osteopenia também é uma complicação comum da maioria dos tumores da medula óssea. O mieloma múltiplo, o mais freqüente dos tumores ósseos primitivos no adulto, pode ser acompanhado de osteopenia axial e periférica generalizada intensa. As células mielomatosas produzem um fator circulante que, ativando os osteoclastos, estimula fortemente a destruição óssea. Cerca de 1% dos pacientes que apresentam uma osteoporose sintomática tem mieloma múltiplo. A leucemia, o mieloma e o raríssimo tumor de células gordurosas também podem estar associados a uma osteoporose.

Manifestações Clínicas

A osteoporose costuma ser, em geral, assintomática, a menos que resulte numa fratura – fratura vertebral por compressão ou fatura do quadril, da pelve, úmero ou de qualquer outro osso. O sintoma mais típico consiste no início súbito de dor nas costas associada à compressão vertebral causada por algum estresse moderado (p.ex. levantar um objeto, inclinar-se). Esse quadro pode estar associado a espasmos musculares e ao íleo, porém costuma melhorar no transcorrer de algumas semanas. Com uma série dessas fraturas axiais, geralmente com o encunhamento anterior, verifica-se a ocorrência de deslizamento com perda de

altura e surgimento de cifose. As fraturas de quadril podem ocorrer em consequência de traumatismo moderado ou, inclusive, de modo espontâneo, e comportam uma taxa de mortalidade de 15%, resultando incapacidade grave e na necessidade de tratamento a longo prazo para muitos que sobrevivem.

Tratamento

Em vista da magnitude da morbilidade relacionada à osteoporose pós-menopáusia e senil (especialmente fraturas macro e microscópicas), não é de se surpreender que estudiosos do metabolismo ósseo tenham se esforçado por muitos anos em prevenir, interromper, ou mesmo reverter tais osteoporoses pelo tratamento médico, isto é, por agentes terapêuticos. Os muitos agentes investigados até hoje incluem estrogênios (apenas para mulheres), hormônios anabolizantes, calcitonina, disfosfonatos, vitamina D e fluoreto de cálcio e de sódio. Cada um desses agentes em altas doses pode produzir efeitos colaterais indesejáveis em alguns pacientes, por isso, devem ser administrados com precaução e apenas com supervisão regular. Embora muitas investigações científicas ainda tenham que ser feitas em animais e seres humanos antes do amplo tratamento médico de todos os pacientes com osteoporose, a combinação freqüentemente recomendada de fluoreto de sódio e cálcio parece muito promissora. Um programa de exercícios físicos e regulares, tem mostrado ajuda para superar pelo menos o componente de atrofia da doença na osteoporose, que é secundária à vida sedentária da mulher na pós menopausa, bem como do idoso, em ambos os sexos. As dores na coluna causadas por microfraturas em vértebras osteoporóticas podem ser diminuídas pelo uso de um colete leve e bem adaptado.

Pouco entendida, apesar de tão comum, a osteoporose não tem um processo estabelecido de cura, o que ressalta a importância da sua prevenção.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

A insuficiência cardíaca congestiva é a incapacidade do coração para atender adequadamente, em determinado momento, às necessidades circulatórias de todo o organismo.

Devido à elevada frequência com que é acometido o aparelho cardio-circulatório no idoso, a incidência de insuficiência cardíaca aumenta acentuadamente com a idade. Em pacientes com mais de 75 anos, ela é cerca de dez vezes mais freqüente que abaixo dos 65 anos de idade. Diversos levantamentos demonstram que 75% dos portadores de insuficiência têm mais de 60 anos de idade.

As alterações cardíacas habitualmente observadas no idoso são conseqüências de diversos fatores: o processo de envelhecimento, que afeta todas as estruturas do sistema cardio circulatório; a presença de afecções cardiovasculares crônicas e agudas, que são mais freqüentes nessa faixa etária; o comprometimento de outros setores do organismo como: pulmonar, renal, hepático, endocrinológico e hematológico.

A etiologia da ICC no idoso é freqüentemente obscura. Deve-se lembrar que um paciente nesta faixa etária pode entrar em falência cardíaca quando submetido a um estresse.

A associação de infecções ou mesmo o efeito iatrogenico de drogas que causam a retenção de sódio pode ser o fator desencadeante e a sua remoção pode levar à compensação do paciente. Idosos com grande hipertrofia ventricular esquerda, geralmente relaciona-se à hipertensão arterial sistêmica.

Como no idoso é freqüente a associação de doenças, o paciente pode apresentar processos que determinem agravamento das manifestações congestivas como as insuficiências: respiratória, hepática e renal, anemia e hipertireoidismo.

Na educação do paciente o objetivo é prevenir o avanço da doença, assim como o aparecimento da falência cardíaca. O idoso deve aprender a viver dentro dos limites de sua reserva cardíaca, realizando repouso diário adequado, aceitando o fato de ter que tomar a medicação de acordo com a prescrição médica sempre, estando atento à necessidade de aumentar a deambulação e outras atividades de maneira gradual, evitar calor e frio extremos e observar o aparecimento de sintomas que indiquem o reaparecimento da insuficiência cardíaca, informando o médico.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

A DPOC é um quadro em que se produz uma diminuição da função pulmonar, sob este nome englobam-se o enfizema, a asma e a bronquite crônica.

A asma é uma entidade rara entre os idosos, diferentemente desta, tanto a bronquite crônica quanto o enfizema são doenças que acometem caracteristicamente os indivíduos idosos.

A relação destes quadros com o hábito de fumar, com o convívio crônico em condições de agressão ambiental adversa, pode explicar a predileção destas entidades de doentes idosos.

Manifesta-se por dificuldade em respirar (dispnéia) inicialmente com o exercício, tornando-se mais intensa à medida que a doença avança, tosse crônica com expectoração e redução de apetite.

Na terapêutica são utilizados medicamentos como: broncodilatadores e corticoesteróides. Além disso, podem ser utilizadas, medidas gerais como: hidratação adequada, alimentação balanceada, uso racional de exercícios e da fisioterapia respiratória.

DIABETES MELLITUS

O diabetes mellitus é uma síndrome decorrente de alterações metabólicas caracterizada pela hiperglicemia inapropriada, em consequência da ação biológica da insulina. Este fato ocorre por deficiência de sua secreção ou por sua impossibilidade de desencadear os eventos resultantes da interação da insulina com seu receptor.

O diabetes pode ser classificado em: diabetes insulino dependente (tipo I) e diabetes não insulino dependente (tipo II).

Embora o diabetes possa ocorrer em qualquer idade, há um aumento de sua prevalência na população de pessoas idosas.

Estatísticas revelam que 20% dos diabéticos tem mais de 65 anos e que desta percentagem somente 5% estão sujeitos a tratamento.

Considerando-se todas as faixas etárias, calcula-se que existam hoje no Brasil aproximadamente 5 milhões de diabéticos, sendo 5 a 10% portadores do tipo I e 90% portadores do tipo II. A maioria dos pacientes idosos diabéticos apresentam o

tipo II, sendo esta forma da doença tanto mais freqüente quanto mais avançada a idade.

Esta maior freqüência da doença no idoso se deve, provavelmente, a vários fatores: obesidade, que pode precipitar o aparecimento da afecção; ao aumento da sobrevida entre a população de idosos, propiciando condições para o seu aparecimento; e ao próprio envelhecimento, contribuindo para a existência da hiperglicemia.

Nos pacientes idosos com tipo II, parece que há um defeito celular ou pós receptor, que interfere com a captação e metabolismo da glicose. O processo de envelhecimento consiste em algumas alterações à nível celular e metabólico, que culminam com modificações fisiológicas, cuja magnitude varia de um indivíduo para outro.

A apresentação clínica do idoso diabético é, em geral, mais discreta que a do jovem, no qual a polifagia, poliúria e polidipsia são mais evidentes. Devido a este fato, o idoso diabético desconhece ser portador da doença e em conseqüência disto o diagnóstico poderá deixar de ser suspeitado ou feito tardiamente, onde há o surgimento de uma ou mais complicações da doença.

As complicações crônicas são habitualmente classificadas em microvasculares (nefropatia, retinopatia e neuropatia) e macrovasculares (aterosclerose e suas conseqüências) sendo a hiperglicemia o principal responsável por sua patogênese.

As medidas terapêuticas empregadas no diabético idoso não diferem fundamentalmente da utilizadas em pacientes de qualquer faixa etária. Assim são essenciais: dieta, exercício físico e meditação adequada a cada caso. Nos idosos, deve-se observar o maior cuidado com a possibilidade de complicações decorrentes do próprio tratamento, como por exemplo, a hipoglicemia.

Além disso, devem ser avaliados os conhecimentos do idoso relacionado ao outro diabetes bem como sua capacidade de auto cuidar-se. Deve-se: assinalar o cuidado com os membros inferiores, particularmente os pés do diabético idoso; enfatizar a importância de que a dieta e o exercício físico podem controlar a glicemia; explicar sobre a importância de seguir a medicação conforme prescrição,

bem como os riscos da auto medicação; rever os sintomas das complicações e sua prevenção.

As doenças não devem impedir os idosos de modificar seu modo de vida de maneira a conservar e manter a autonomia, nem a depreciar-se ou procurar compensações não apropriadas ou estéreis.

Para progredir no contínuo saúde-bem estar, o idoso tem que se esforçar para adaptar seu estilo de vida às diferentes situações da velhice e não limitar a curar a doença ou resolver os problemas de saúde. Ainda mais do que a saúde é a capacidade de adaptação ou o potencial funcional do idoso.

3.4 - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO

As estruturas da personalidade e o modo de vida instalados, mantêm-se mais ou menos idênticos na velhice. Para melhor compreender as diferentes mudanças vividas pelas pessoas idosas, há que ter em conta: seus estados emotivos, suas respostas às situações antigas e novas, o ambiente e o papel que continuam a desempenhar. As alterações emotivas e a afetividade são influenciadas pelo ambiente em que evoluem e pela saúde física e mental. Com a idade, os fatores de estresse aumentam, as crises e os problemas tornam-se mais numerosos, o que não deixa de afetar a saúde em geral.

Os preconceitos e estereótipos no que diz respeito às modificações afetivas e declínio psicológico durante a velhice não tem qualquer base científica. As pessoas idosas são únicas, vivem modos de vida diversificados e os outros interesses, capacidades, necessidades e expectativas são diferentes. Viveram muitas experiências de vida, mas também muitas emoções e sentimentos.

Sabe-se muito pouco sobre a psicologia e a personalidade dos idosos. "A adaptação ao envelhecimento é função do equilíbrio entre as estruturas cognitivas e emocionais do sujeito". Para ter um comportamento adaptado, a pessoa tem que estar motivada para isso, e são as preocupações e expectativas que determinam a mudança de comportamento.

3.4.1- ASPECTOS LIGADOS A VELHICE

Emoções e velhice

As emoções (ou afetividade) ligam-se muitas vezes a um conjunto de imagens pouco lisonjeiras que apresentam às pessoas idosas como: seres difíceis, irritáveis, desagradáveis e tristes.

Na vida afetiva dos idosos há elementos que a tornam um pouco mais difícil como a reforma, o sentimento de inutilidade e de impotência, as restrições físicas e sociais. Logo, a preparação para a reforma e a velhice permitem em geral ultrapassar estas crises.

Motivação

Defini-se motivação como uma necessidade psicológica que faz nascer uma pulsão, a qual gera atividades orientadas para objetivos específicos. A motivação liga-se à capacidade de ter atividades ou de agir, bem como a criatividade.

Estudos mostram que as pessoas idosas são menos ativas do que as mais novas, tanto no trabalho quanto nas atividades cotidianas e que as atividades dos idosos são menos numerosas e incluem-se na categoria das distrações. "Os idosos talvez trabalhassem mais se não os obrigassem a reformar-se". Sendo assim, é difícil avaliar globalmente a motivação dos idosos, permanecendo a característica pessoal fortemente influenciada pelo meio biopsicossocial.

Personalidade

A personalidade é definida por Allport como: "A organização dinâmica internados sistemas psicológicos do indivíduo, que determina o seu ajustamento próprio ao meio".

Parece que o ser humano que conseguiu múltiplas adaptações para atingir a maturidade continua a se adaptar durante a velhice. Não há mudanças importantes, mas apenas acrescentos e diferenças individuais que se observam no comportamento das pessoas idosas provém sobretudo de necessidades latentes há muito tempo reprimidas ou ainda mudanças na condição social.

A personalidade pode no entanto ser afetada por diferentes fatores (saúde física e mental, antecedentes socioculturais, grupo, identidade social, interações familiares, motivação...) e sendo o desenvolvimento da personalidade um processo contínuo. Os estudos do comportamento pessoal e social anterior de uma pessoa são medidas mais apropriadas para avaliar a adaptação do comportamento durante a velhice.

Se envelhecer é tornar-se um ser maduro, conservar a maturidade adquirida no decorrer dos anos nem sempre é tarefa fácil. (Berger, 1995).

As experiências humanas são diversas, e a adaptação às situações de vida são influenciadas pela ação do tempo (idade), pelas estratégias escolhidas para se adaptar, pelas crises que atravessou na existência e pelas forças pessoais. Nos idosos, os problemas psicológicos ligados ao envelhecimento raramente são causados pela diminuição das funções cognitivas, são freqüentemente associados sobretudo as perdas de papel, as crises, as múltiplas situações de estresse, a doença, a fadiga e diversos outros traumas que diminuem a capacidade de concentração e reflexão das pessoas idosas. E, embora estes fatores não estejam apenas ligados ao envelhecimento, influenciam grandemente a capacidade de adaptação.

Os idosos têm que transcender seus limites físicos e desenvolver novos objetivos pessoais. Envelhecer é também, aceitar o inaceitável e adaptar-se é, então continuar a viver, recorrendo a estratégias para conservar a auto-estima. Os dinamismos de adaptação permitem conservar um equilíbrio mínimo e também enfrentar novos desafios.

A saúde, a vontade e a coragem são forças positivas para envelhecer bem, além disso alguns elementos essenciais a adaptação como: capacidade de relacionamento, capacidade de aprender e de se maravilhar, adesão as leis e crenças religiosas e a capacidade de manter-se flexível, positivo e aceitar as coisas como vêm.

É de grande importância lembrar que a maior parte das capacidades anteriormente adquiridas, mantêm-se de maneira relativamente estável até uma idade avançada, enquanto outras surgem ligadas ao próprio envelhecimento. Certas capacidades melhoram com a idade, sobretudo nas pessoas bem sucedidas nas

etapas anteriores de seu desenvolvimento, é o caso da capacidade de interiorização, capacidade de ser feliz e manter-se otimista e conservar um sentimento de liberdade mesmo com as limitações sociais que se acumulam com os anos.

No entanto, a visão do tempo contrai-se nas pessoas de idade, o que as leva a desenvolver uma compreensão mais sintética da duração e a prender-se a valores mais fundamentais. Os idosos têm tendência a viver mais o presente, a ter uma percepção mais realista, a manifestar maior tolerância, aceitar-se melhor e mostrar mais coragem e aceitação a situações que não são susceptíveis de mudança.

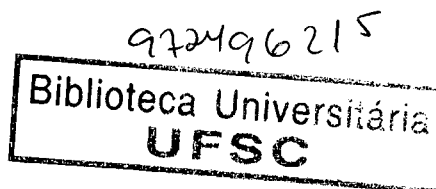
A capacidade de adaptação das pessoas de idade parece ser melhor do que a dos adultos mais jovens. Os idosos, que são mais vulneráveis, têm que modificar seus mecanismos de defesa para se adaptarem.

Todas as pessoas, seja qual for a sua idade, têm o potencial necessário para aprender à adaptar-se às circunstâncias que mudam na sua vida, e têm tendência a tentar maximizar o que há de positivo e minimizar o que há de negativo na sua existência. (Hulicka, 1977 p.67-96).

Mesmo que estas capacidades positivas não estejam todas presentes em todos os idosos, elas incitam-nos a ver a velhice de uma maneira positiva e considerá-la uma etapa decisiva no crescimento do ser humano.

Segundo Champagme (1987, p.56) apud Berger (1995), a velhice defini-se como o período durante o qual a vida não é medida pelo tempo (quantidade de vida), mas é medida pela qualidade de vida. Já para Berger, a velhice é uma “situação de crise”, ou ponto de mudança na existência. Na luta para manter a identidade, o idoso manifesta muitas vezes o estresse através de reações emocionais importantes. Além disso, o impacto sobre certos acontecimentos como os que se relacionam com os papéis familiares, trabalho, rendimento e doenças, podem ser geradores de estresse, podendo acrescentar o internamento em lar como um importante gerador de estresse.

O funcionamento mental do ser humano, liga-se às emoções e ao meio ambiente, sendo que diversos fatores (como os já citados a cima), podem influenciar de diferentes maneiras o aparecimento de problemas emotivos nos idosos.



A enfermeira deve identificar as modificações do comportamento psicológico do idoso em dois níveis: tem que primeiro reconhecer os mecanismos de defesa normais susceptíveis de perturbar as suas relações com os outros, mas que lhe permitem adaptarem-se; depois reconhecer as reações de desintegração emocional que são agressivas ao seu equilíbrio mental, a fim de ser reconhecido o potencial de recuperação.

Devemos eliminar o preconceito de que o envelhecimento e a depressão andam sempre em par. A depressão, acompanhada de abrandamento psicomotor e perda da motivação, pode surgir em qualquer idade. Do mesmo modo que outras perturbações emotivas, a depressão é uma doença e não uma manifestação do envelhecimento. Porém, a depressão está entre as principais doenças mentais que atingem os idosos. Estima-se que cerca de 15% dos idosos apresentam alguns sintomas depressivos e cerca de 2% tenham depressão grave. É importante ressaltar que os números citados anteriormente são ainda maiores entre os idosos internados em asilos.

Realmente pudemos perceber em nossa prática assistencial, que vários idosos com que trabalhamos, apresentavam alguns sintomas depressivos, especificamente, conforme nosso ponto de vista, os que tinham familiares.

A depressão não é apenas uma tristeza passageira diante de um fato adverso da vida. A pessoa apresenta uma tristeza profunda e duradoura, acompanhada de desânimo, apatia, desinteresse, impossibilidade de desfrutar os prazeres da vida, perde o interesse pelas atividades diárias e pelo apetite e sente fadiga.

As causas da depressão são desconhecidas. Acredita-se que vários fatores: biológicos, psicológicos e sociais atuando concomitantemente levem à doença. Sabe-se também que na depressão há alterações no equilíbrio dos sistemas químicos do cérebro, principalmente nos neurotransmissores noradrenalina e serotonina.

O reconhecimento da depressão no idoso, muitas vezes é difícil. O idoso não precisa ser necessariamente triste. Preconceitos em relação à velhice e às doenças mentais dificultam o acesso dos idosos a um tratamento adequado e por

causa destes preconceitos, estima-se que cerca da metade dos pacientes idosos deprimidos, fiquem sem diagnóstico e tratamento adequados.

Antes da escolha de um antidepressivo deve-se considerar os riscos e benefícios daquele idoso em particular. São fatores preocupantes: as condições médicas e medicações de uso concomitante, problemas de abuso de substâncias, e a probabilidade de uma superdosagem. Os medicamentos antidepressivos que atuam nos neurotransmissores, permitem uma recuperação do equilíbrio químico do cérebro com a melhora dos sintomas da depressão. O acompanhamento psicoterápico permite uma complementação do tratamento medicamentoso, propiciando a recuperação da qualidade de vida do idoso.

3.5 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA BRASILEIRA EM TERMOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

A expectativa de vida da população, aumentou trinta anos quando comparada ao início do século XX. Entre as principais causas que levaram a este número estão o aparecimento dos antibióticos e o uso de água filtrada, que muito ajudaram no controle de doenças infecciosas. O século XX tinha nos seus primeiros anos a pneumonia, a tuberculose e a diarreia como principal causa de morte. A sífilis era uma doença gravíssima e as epidemias de gripe devastadoras. Hoje a expectativa de vida aumentou consideravelmente e as principais causas de morte são doenças cardíacas, derrame cerebral e câncer, porém, no Brasil ainda convivemos com doenças comuns ao início do século como as infecções e a diarreia.

A faixa etária de 60 anos ou mais é que mais cresce em termos proporcionais. Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total, o que nos colocará em termos absolutos com a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Este crescimento populacional é o mais acelerado no mundo e só comparado ao do México e Nigéria.

O aumento da expectativa de vida de uma população está intimamente vinculado à melhora das condições de vida, de educação e de atenção à saúde prestada à mesma. Segundo Melloni (2000), haverá um crescimento de 156,2% na população da terceira idade no Brasil até 2025, de 8,9 milhões para 22,9 milhões de pessoas acompanhando o prolongamento da expectativa de vida de uma média de 66,7 anos para 84 anos. Deverá, ainda, triplicar o número de pessoas com mais de 80 anos, passando de 1,3 milhão para 4,5 milhões neste período. Haverá ainda uma expansão da população ativa na chamada terceira idade. Atualmente cerca de 30% dos idosos ainda atuam no mercado de trabalho. A perspectiva é de que essa participação cresça para 55% até 2025.

No Brasil, o principal impacto no setor saúde nesta segunda metade do século tem sido proporcionado pelo aumento absoluto e relativo de nossa população adulta e idosa. Esta transição demográfica caracteriza-se pela passagem de uma situação de alta mortalidade mais alta fecundidade, com uma população predominantemente jovem e em franca expansão, para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade.

O crescimento acelerado da população idosa na América Latina, leva muitos estudiosos a preocuparem-se com as implicações sócio-econômicas decorrentes desta transição. Preocupação que aumenta ainda mais, considerando os níveis de pobreza observados hoje nestes países. Enfrentar este crescimento representa um desafio para as áreas sociais e tecnológicas de países com contrastes marcantes como o Brasil, onde a realidade do aumento da esperança de vida ocorre, coexistindo com a manutenção de uma velhice subdesenvolvida em decorrência de carências habitacionais, nutricionais, sanitárias e educacionais da população.

Nos países menos desenvolvidos, apesar de milhões de pessoas continuarem vivendo no mais absoluto grau de miséria, houve possibilidade de acesso às conquistas da medicina moderna, tornando possível prevenir ou curar doenças fatais no passado, com consequente redução da mortalidade, elevação da expectativa de vida em decorrência, crescente aumento da população idosa.

No Brasil, como as parcelas crescentes da população conseguem atingir idades mais avançadas, aumenta o número de doenças do tipo crônico degenerativo, já que sua incidência, em geral, é maior em pessoas idosas.

Como pode ser observada a transição demográfica esta intimamente relacionada à transição epidemiológica. A queda da taxa de mortalidade interfere nos grupos etários mais jovens; a queda da fecundidade altera a estrutura da pirâmide populacional; e por fim; o aumento da esperança de vida expõe os indivíduos a fatores de risco associados a doenças crônico degenerativas resultantes em uma combinação paradoxal, ou seja, uma mortalidade em declínio, juntamente com índices de morbidade crescente (Frenk et al, 1991).

Estudos sobre mortalidade no município de São Paulo, segundo Yasaki et al (1990), mostraram que os maiores índices de mortalidade encontram-se na população de 60 anos e mais. Mesmo entre os óbitos de maiores de 60 anos, há uma tendência de concentração nas idades mais avançadas. Sendo causas de óbito tipicamente a população idosa, em ordem de importância:

- doenças do aparelho circulatório (isquêmicas do coração e cérebro-vascular hipertensiva);
- neoplasmas malignos;
- doenças do aparelho respiratório;
- doenças metabólicas. (Yazaki e Saad, 1990).

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, as causas de óbito, na faixa de 60 anos e mais em 1993 são: doenças do aparelho circulatório que compreendem quase 47% das causas. Em segundo lugar aparecem os neoplasmas (16%), seguido de doenças do aparelho digestivo (6%), doenças glandulares endócrinas e do metabolismo (5%), causas externas (4%), doenças do aparelho geniturinário (2,5%), doenças infecciosas (2%) e demais causas (1,5%).

Desta forma o sistema de saúde vem absorvendo esta parcela da população com características próprias e que está passando a ocupar grandes destaques nas estatísticas hospitalares.

Considerando o aspecto degenerativo da morbidade relacionada a este grupo, a OMS (1984) destaca a importância de estudos e pesquisas relacionados aos processos incapacitantes e a autonomia da pessoa idosa. A curva hipotética

sobre mobilidade e incapacidade, baseado na curva de mortalidade feminina norte-americana em 1980 é freqüentemente utilizada pela OMS (1984) e por diversos autores para discutir a relação morbidade e incapacidade das pessoas idosas.

Este modelo demonstra a necessidade do planejamento de serviços sociais e de saúde, assim como a formação de recursos humanos voltados para a especificidade da população idosa.

Segundo documentos OPAS (1992) muitas mudanças que atualmente se acreditar relacionadas somente à idade podem ser resultados de uma multiplicidade de fatores sobre os quais poderiam ser prevenidos. O mesmo problema de saúde de pessoas idosas, considerados hoje problemas patológicos, poderiam se resposta a fatores tais como: condições de saneamento, de nutrição, de habitação, condições de trabalho e educação. Inclusive pode se observar que os idosos marginalizados manifestam maiores taxas de incapacidades relacionadas às enfermidades agudas crônicas sofridas ao longo de suas vidas.

Desta forma, um dos grandes desafios para a gerontologia é distinguir as mudanças próprias da idade, daquelas associadas a processos patológicos. Neste âmbito torna-se claro que não é possível tentar compreender o processo de envelhecimento atentando-se apenas para um dos aspectos relacionados a ele.

Segundo o IBGE, atualmente, no Brasil há 14 milhões de pessoas idosas, com idade acima de 60 anos, sendo que 70% moram com os filhos.

3.6 - POLÍTICA NACIONAL E SAÚDE DO IDOSO

É a parte essencial da Política Nacional de Saúde, visto que fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, na conformidade do que determina a Lei Orgânica da Saúde – n.º 8.080/90. Esta lei tem como um dos princípios à "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" sendo uma questão essencial inserida nesta política.

Em 1994, foi elaborado a Política Nacional do Idoso, através da lei 8.842/94.

Enfoca-se a questão demográfica, analisada segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), em relação a população idosa no período de 1950 a 2025 e também o processo de urbanização afetando os níveis econômicos, culturais e conjunturais da população brasileira. Neste processo a parte afetada é a família, considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos que aos poucos está se desintegrando devido ao crescimento do número de divórcios, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento do número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe.

Por outro lado, o apoio aos idosos praticado no Brasil ainda é bastante precário. Por se tratar de uma atividade predominantemente restrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado da opinião pública, carecendo de visibilidade maior.

Dentro deste contexto é que são estabelecidas novas prioridades dirigidas a este grupo populacional, que deverão nortear as ações em saúde e são por estes aspectos que a Política Nacional do Idoso tem como propósito basilar **"a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida"**, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para tanto, nesta Política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor da saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance do propósito acima explicitado. A implementação da mesma, compreende a definição e ou readequação de planos, programas, projetos e atividades no setor da saúde, que direta ou indiretamente se relacionem com o seu objetivo.

Com o propósito de desenvolvimento desta Política, gerou-se um plano de ação governamental integrado com objetivo de promover ações setoriais integrados de forma a viabilizar a implementação do mesmo. Os objetivos mais específicos visam definir ações estratégicas para cada órgão setorial; negociar recursos financeiros entre as três esferas de governo e acompanhar, controlar e avaliar as ações.

Uma destas ações é o **Atendimento Asilar**.

Objetivo: atender idosos sem vínculo familiar ou sem condições de prover sua própria subsistência.

CONSTITUIÇÃO E POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO (LEI 8.842/94)

Esta constituição visa principalmente os direitos dos idosos que são:

DIREITO AO RESPEITO

Garantir a **não** existência de:

- ✧ Negligência, desrespeito, atos de violência como puxões, beliscões, abusos sexuais, queimaduras, amarrar braços ou pernas ou obrigar a tomar calmantes;
- ✧ Ameaças de punição e abandono;
- ✧ Agressões verbais;
- ✧ Apropriação dos rendimentos, pensão e propriedades sem autorização;
- ✧ Recusa em dar alimentação ou assistência médica;
- ✧ Impedir a pessoa de sair de casa ou mantê-la em local escuro e sem higiene.

DIREITO AO BEM ESTAR

Garantir a **não** existência de:

- ✧ Não sofrer discriminação de qualquer natureza;
- ✧ Ser amparado pelos filhos maiores, na velhice, carência ou doença;
- ✧ Viver preferencialmente com a família. A união, estados e municípios providenciarão asilo ao maior de 60 anos sem família ou com família sem condições de sustentá-lo.

DIREITO À SAÚDE

Garantir a **não** existência de:

- ✧ Não ficar em asilo se precisar de assistência médica permanente, devendo ser atendido em hospital;
- ✧ Receber assistência integral à saúde pela rede pública;

- ✧ Receber remédios, próteses ou órteses (cadeira de rodas, óculos, aparelho auditivo, etc.);
- ✧ Preferência no atendimento em órgãos públicos e particulares.

Nos parágrafos a seguir, procuramos evidenciar, como estão as políticas sociais a nível de Brasil e Santa Catarina.

3.6.1- OS SERVIÇOS DE SAÚDE EXISTENTES

Segundo Flores e Silva (1997), nas últimas décadas é que se descobriu a velhice. Por mais incrível que possa parecer, o estudo do envelhecimento do ponto de vista científico e social é relativamente novo. A geriatria, sem ainda ter este nome, aparece no início do século XIX, com a criação de asilos para abrigos de doentes, que terminavam por ter grande contingente de velhos. Talvez em função desta situação que envolvia muitos velhos doentes, é que os mitos de doenças ligadas à velhice nasceram e permaneceram até os dias de hoje. Aliás, o termo geriatria, criado por um médico americano, Nascher, é um ramo da medicina que se dedica às patologias da velhice, o que reforça a idéia de "velhice x doença".

A gerontologia que por sua vez, se preocupa com o processo de envelhecimento e suas manifestações biológicas, psicológicas e sociais, é ainda mais recente em termos de área que se preocupa com a terceira idade. Embora não trate especificamente de patologias, não tem conseguido acabar com a associação "velhice x doença", "velhice x deficiência", e outros pleonasmos atribuídos a velhice.

Desta forma não é de se estranhar que os principais serviços existentes ou projetados sejam dirigidos à saúde. Hoje é comum em todas as cidades do país as instituições asilares, privadas ou filantrópicas, sendo raras as que são dirigidas pelo Estado. As universidades e os serviços de saúde municipais e estaduais da maioria das cidades do Brasil, estão levando profissionais da várias áreas para atuarem nestas instituições, seja como ambiente de aprendizado, seja como programa de assistência específico ao idoso. Nestes casos, foram melhorados o tratamento e o cuidado à saúde e já se fala em ocupação de tempo, lazer, passeio e outras atividades que visem a uma maior mobilidade do idoso. Entretanto, como bem coloca Guillerma (1987), como todos estes serviços são muito fragmentados e

realizados por pessoas voluntárias ou por profissionais cedidos para estas instituições, muitas das atividades e serviços oferecidos não conduzem o idoso à autonomia e escolha.

Cabe portanto à Enfermagem, observar melhor sua atuação nestes espaços de trabalho, de forma que o cuidado que pretenda oferecer não se torne um problema maior do que os já existentes com as pessoas que estão nestes abrigos.

Além das instituições asilares, existem outros grupos de assistência ambulatorial que estão acontecendo em centros de saúde municipais e estaduais, bem como, hospitais universitários de todo o país. Aqui em Florianópolis temos o NIPEG/HU/UFSC (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Gerontológica - Geriátrica), em São Paulo existe o GAMIA (Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial do Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), estes são dois serviços que têm por objetivos, a pesquisa e a assistência geriátrica/gerontológica com uma visão integralizada e holística, onde profissionais das mais diversas áreas são responsáveis pelo atendimento de pessoas a partir dos 50-60 anos de idade.

Para complementar estes tipos de serviços, o Programa de Saúde da Família (Florianópolis, Criciúma, em Santa Catarina) está iniciando. Embora todos os serviços sejam para qualquer faixa etária, tem sido expressiva a necessidade deste tipo de assistência aos idosos. Por isto, além de clínicos gerais, tem sido necessário que profissionais com habilitação nas áreas de Geriatria façam parte da equipe.

3.7 - ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA E GERIÁTRICA

A prática do cuidado de enfermagem geronto/geriátrica está direcionada em função de quatro metas a alcançar, ou seja: *promoção da saúde; compensação dos déficits e incapacidades; promoção do conforto e apoio e facilitação do diagnóstico, tratamento, cuidado e conforto.*

A especificidade do cuidado de enfermagem geriátrica e gerontológica, pode ser demonstrada em nível macro e micro da atuação da enfermeira no cuidado da saúde e da vida da pessoa idosa no modo geral.

Em nível micro, pode-se definir como cuidados mais diretos ou próximos e mais individualizados juntos à clientela, como resultados mais imediatos. Assim, iniciando pelo cuidado, para atingir a meta da precisão diagnóstica depende da sensibilidade acurada, fruto de conhecimentos específicos e treinamento de habilidades da enfermeira na área gerontológica. Logo, o estabelecimento de um diagnóstico preciso é fruto de um cuidado específico. Continuando o processo de enfermagem, os cuidados subsequentes se tornam específicos na medida em que a enfermagem seleciona técnicas/procedimentos, toma decisões adequadas juntamente com o interessado (o cliente idoso) e com o cuidador (familiar ou não) quando houver, para a implementação e avaliação dos cuidados em direção às metas definidas de alcance da melhor qualidade de vida possível.

As preocupações das enfermeiras gerontológicas, as geronticas como tem se falado nos Estados Unidos, são de que ao você olhar para uma pessoa idosa, você está com três preocupações, ou três coisas a considerar na sua frente: a perda que vai ocorrendo com a idade, o quadro patológico que se pode instalar e por último é que você tem um componente genético - fisiológico inicial que dá uma característica própria a cada um dos idosos.

As inovações que se podem encontrar nas áreas do cuidar em gerontologia, começam por um item, que é a promoção da saúde, a qual deve ser vista, com muito cuidado e com muita atenção, porque está se superando a tendência de se trabalhar com a idéia de doença e não com a de saúde. Promover a saúde no idoso e não no quadro patológico apenas. Também, o cuidar inclui então a redução de fatores de risco previsíveis. E então o objetivo da inovação é você encontrar o "ponto bom", o "ponto ótimo", do funcionamento da recuperação, da restauração, e da reabilitação deste idoso que esta sendo cuidado.

Na análise do que é um ponto ótimo de funcionamento, da recuperação e da reabilitação de um idoso que está sendo cuidado, é preciso buscar respostas apropriadas e específicas para aquele idoso.

A área de recuperação, depois da área de funcionamento, o ponto ótimo é exatamente onde você procurará fazer com que a pessoa supere qualquer problema patogênico que ela tenha apresentado.

A restauração consiste em fazer a substituição de alguma coisa que vinha mal por alguma coisa boa, e esse é o objetivo que você tem que ter e que é muito importante na área da enfermagem gerontológica e que tem que ser mantida, assim como, da mesma forma, a reabilitação que você precisa preocupar-se para pós queda, pós fratura, sendo que o processo de reabilitação tem que ser cuidadosamente pensado. O último ponto abordado será o cuidado terminal.

O ponto crítico para enfermagem é você fazer a transição de todo um preparo que você recebeu de promover e prolongar a vida, e promover a saúde e a vida das pessoas para chegar frente ao quadro em que a morte é o próximo passo. A preocupação da enfermagem neste caso, e que é uma das funções básicas, é se ver frente a morte inevitável, é promover a morte com dignidade, é a morte da melhor maneira possível.

Tais cuidados são originados de enfermeira que se auto cuida com cuidados específicos de treinamento de sensibilidade na captação dos sinais e indicativos sutis, graças à busca de conhecimento específico do processo de envelhecimento normal e desviante. Esse cuidado tem ligação e concomitância com um outro, o cuidado de auto-visão, do repensar, e do redirecionar seu próprio comportamento e atitudes face a conceitos, valores e necessidades ligadas à velhice, doenças, fragilidade e morte, de si e de outrem. Tal auto-cuidado representa uma dimensão do cuidado na medida que se considere a enfermeira como um instrumento principal (sensível, confiável e de valor) na prestação de cuidado aos clientes.

Dada essa realidade do cuidado fragmentado à saúde e à sobrevivência da população idosa, o empenho da enfermagem geriátrica e gerontológica está também e sobretudo na atuação em nível macro, de educação. Educação essa na modalidade informal ou formal, dirigida a indivíduos, família, grupos, e à coletividade em geral, bem como, à formação de recursos humanos diversificados na área gerontológica. Tal formação, que vai desde o treinamento elementar, passando pela formação generalista básica até à especialização com aprofundamento em áreas específicas.

A educação para instrumentalização dos cuidadores profissionais ou cuidadores leigos representa uma especificidade da enfermagem geriátrica e

gerontológica na medida em que os cuidados prestados sejam competentes e apropriados à situação da clientela idosa.

Está também embutido neste cuidado a atenção dirigida para a maximização das potencialidades do ser idoso, por isso o estímulo ao auto-cuidado é sempre enfatizado.

O conceito de auto-cuidado aqui enfatizado possui níveis crescentes de complexidade e desafios. Assim o desejável para a enfermagem gerontológica é atingir junto aos clientes idosos o desenvolvimento máximo de seu poder pessoal e político que propicie o exercício de sua auto determinação e que tenha como meta um envelhecer com qualidade, ou seja, bem sucedido. Para tanto é necessário avaliar a autonomia da pessoa idosa no desempenho das atividades da vida diária, para juntos estabelecerem até que ponto o idoso pode realizar o auto-cuidado.

A autonomia da pessoa idosa esta ligada à sua capacidade funcional primordialmente no que se refere ao desempenho das atividades da vida diária. Na terceira idade é mais importante atentar para o envelhecimento psicobiológico ao envelhecimento cronológico, visto que a manutenção da capacidade funcional e consequente autonomia é o que confere ao idoso a sensação de bem estar ou uma qualidade de vida, independente de sua idade. Assim pode-se considerar a autonomia no idoso como um indicativo de um idoso saudável.

No conceito de autonomia do cliente idoso, é mister considerar a capacidade funcional mesmo face às deficiências variadas oriundas do processo de envelhecimento normal, bem como das multipatologias comuns da idade.

O processo de envelhecimento normal, bem como das multipatologias crônicas (fenômenos intrínsecos), levam necessariamente à instalação de deficiências concretas de várias ordens. Estas podem ser contornadas através de recursos pessoais, de tecnologias médicas, econômicas, sociais e culturais com a finalidade de prevenir ou retardar a instalação de incapacidade e invalidez.

Para operacionalizar o conceito de autonomia se faz necessário definir os conceitos interrelacionados de deficiência, incapacidade e invalidez.

Segundo a OMS, são definidos como:

“Deficiência- significa qualquer perda ou anormalidade da estrutura física ou função anatômica, fisiológica e psicológica.”

“Incapacidade – significa qualquer restrição ou falta de capacidade para desempenhar uma atividade da maneira ou dentro dos limites considerados normais.”

“Invalidez – representa uma desvantagem que tem um determinado indivíduo, como resultado de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma função que é normal levando em conta a idade, sexo e fatores sociais e culturais daquele indivíduo.”

Ainda, segundo a OMS, a autonomia e sua diminuição pode ser visualizada da seguinte ordenação:

Processo de envelhecimento normal e multipatologias crônicas – deficiência (exteriorizada) – incapacidade (objetivada) – invalidez (socializada).

O grau de incapacidade não é conferido somente pelo nível de evolução das patologias ou pelo número de deficiências próprias do envelhecimento, mas também pelo comportamento pessoal face ao próprio envelhecer e pelo comportamento da sociedade.

A instalação da invalidez, ou seja, a perda da autonomia, ocorre em idosos geralmente pela falta de intervenção preventiva em outras etapas anteriores da vida. A invalidez é um fenômeno social pois é determinada por fatores sociais e ambientais que incidem sobre o idoso com deficiências e incapacidades fazendo-o sentir-se socialmente um inválido, ainda que seja detento de capacidades em alguns setores da vida.

Para a atenção primária à saúde à população idosa, os documentos da OMS incluem como estratégia primordial a manutenção do idoso autônomo e independente, no seio da sua própria família e comunidade durante todo o tempo que seja possível. Portanto a avaliação do grau de autonomia é essencial para qualquer plano de intervenção em cuidados em saúde, seja a nível de estímulo e manutenção da autonomia, de prevenção da invalidez ou de retardamento das incapacidades.

• **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE AUTONOMIA DO IDOSO**

Desconhece-se em nosso meio instrumentos práticos padronizados de avaliação da capacidade funcional do idoso, apresenta-se três exemplos sugestivos

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Para GEORGE (1993, p.16), "a teoria constitui uma forma sistemática de olhar para o mundo para descrevê-lo, prevê-lo ou controlá-lo. Portanto, pode ser utilizado por profissionais como um guia e algo que aprimore sua prática, orientando-o no processo de planejar, conduzir e interpretar a pesquisa".

A teoria é explicada como um conjunto de conceitos interrelacionados e de pressupostos que são as crenças das teóricas. A interrelação dos conceitos produz, em síntese, um outro efeito no processo de lidar com eles. A interrelação, traduz a unidade entre os conceitos e essa unidade é veiculada pela vertente da tendência teórica com a qual a pessoa que elabora os conceitos se identificou. (TRENTINI e DIAS, 1994).

Segundo TRENTINI e DIAS (1994), Marco Conceitual, "é um conjunto de conceitos definidos e interrelacionados formando uma estrutura abstrata e tendo como característica principal, a coerência intra e entre suas partes formando uma totalidade". Conceitos são: marcas ou nomes dados a objetos, idéias, instituições, enfim, a tudo que existe no universo; segundo CHIN & JACOBS, (1993).

Partindo do objetivo da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, que se baseia na utilização de um referencial teórico em um trabalho de prática assistencial, adotamos a Teoria Humanística de Josephine E.

Paterson e Loretta T. Zderad, com a finalidade de direcionar a nossa prática. A enfermagem humanística preocupa-se com o estar com o outro visando um estar melhor através de uma relação autêntica que terá significado singular para ambos.

Esta teoria nos forneceu suporte necessário para a compreensão das experiências vivenciadas pelos idosos institucionalizados.

Através da leitura de diferentes autores, tais como: Meleis (1985), Laffrey e Brouse apud Fitzpatrik e Whall (1983), Oliveira, Santos e Fenili (1996), Praeger e Hogarth apud George (1993), Paterson e Zderad (1988), pudemos descrever as idéias, conceitos e pressupostos das teóricas.

4.1 Biografia das Teóricas

Josephine E. Paterson, nasceu em 1º de setembro de 1924 em Freeport – Nova York, é especialista em enfermagem clínica em NY. Recebeu o grau de mestre na Johns Hopkins School de Higiene e Saúde Pública em Baltimore, Maryland. Seu doutorado em Ciências da Enfermagem é da Boston University onde ela se especializou em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Paterson conceitualizou e ensinou enfermagem humanística a estudantes de graduação, ao corpo docente e a equipes, em vários locais.

Loretta T. Zderad, nasceu em 07 de junho de 1925, Chicago – Illinois, foi presidente-adjunta para a educação em enfermagem, em Northport, NY. Fez seu mestrado em Educação em Enfermagem, na Catholic University, e especialidade em Enfermagem psiquiátrica em Washington. O grau de doutora (PhD), foi obtido em filosofia, também na Universidade de Washington. Ensinou em várias universidades e liderou grupos de enfermagem humanística.

As autoras publicaram o livro "Enfermagem Humanística" em 1976. Atuaram juntas como docentes na Universidade do Estado de NY, em Stonybrook, no ano de 1993.

4.2 A Teoria

Para Paterson e Zderad, a teoria de uma ciência de enfermagem desenvolve-se a partir de experiências vividas pela enfermeira e clientes, na prática de enfermagem. A teoria, então, torna-se uma resposta à experiência

fenomenológica, sendo considerada a fenomenologia o estudo do significado do fenômeno para um indivíduo em particular.

Laig (apud Oliveira, Santos e Fenili, 1996) afirma que “a teoria é a visão articulada da experiência. Isso significa que a teoria torna-se a perspectiva filosófica que se deriva do encontro existencial da enfermeira, no mundo do atendimento à saúde.

A teoria foi fortemente influenciada pelos trabalhos de existencialistas, psicólogos humanistas e fenomenologistas, sendo resultante de anos de experiência em enfermagem clínica, na reflexão e exploração das experiências vividas com clientes psiquiátricos, estudantes, enfermeiras e outros profissionais que prestam cuidado.

O existencialismo e fenomenologia são paradigmas compatíveis que permitiram que a teoria humanística se desenvolvesse. As teoristas consideram o primeiro como “que”, e o segundo igual a “com”.

O existencialismo, como filosofia, é aplicável à enfermagem, na estrutura da saúde holística, devido ao destaque na auto-determinação, livre escolha e auto-responsabilidade. O mesmo, considera o indivíduo como um ser singular e a soma de todos os seus compromissos. Não pretende encontrar o “porquê” da experiência humana, mas apenas descreve o que é. Vê a existência humana como inexplicável e enfatiza a liberdade de escolha humana e responsabilidade pelos seus atos. A filosofia existencial projeta que o homem existe, mas carece de uma natureza fixa e está sempre a um estado de vir a ser .

O estudo do evento da enfermagem em si e sua conceitualização é uma aplicação da fenomenologia .

As teóricas desenvolveram a enfermagem fenomenológica como uma metodologia para compreensão e descrição das situações de enfermagem, constituindo um método de busca da compreensão enfermeiro-cliente, de modo que o enfermeiro possa estar com o cliente de uma maneira humana e consequentemente curativa.

A enfermagem é entendida como um diálogo vivo que requer o envolvimento enfermeiro-cliente, sendo o cuidado a característica essencial da enfermagem. A enfermagem surge como uma resposta aos males da condição

humana, em determinadas condições: quando um ser humano necessita de certo tipo de ajuda e outro a proporciona. Contudo a enfermagem humanística ou fenomenológica não pode ocorrer sem o compromisso autêntico do enfermeiro de estar com o cliente e de agir com ele, pressupondo escolhas responsáveis de sua parte.

O termo Enfermagem Humanística foi escolhido para significar os fundamentos e significados humanos da enfermagem e para direcionar o desenvolvimento da enfermagem através da exploração de sua relação com seu contexto humano. Portanto, a enfermeira e o paciente são componentes significantes na situação enfermeira-paciente e a ação de cuidar aumenta a humanidade de ambos.

As teoristas sugerem três conceitos que, oferecem a base da enfermagem que são : o diálogo, a comunidade e a enfermagem fenomenológica.

O diálogo

Paterson & Zderad (1979) utilizam uma forma de **diálogo** para descreverem o "diálogo de enfermagem". Elas afirmam que a enfermagem humanística preocupa-se com o estar com o outro que possui uma necessidade, visando um estar melhor ou um bem estar que é alcançado através da relação dialógica. Esta ocorre entre a enfermeira e o paciente e envolve o encontro, o relacionamento, a presença, um chamado e uma resposta.

No diálogo, **o encontro** é o momento em que seres humanos se reúnem, caracteriza-se pela expectativa de que haverá uma enfermeira e alguém a ser atendido. Os fatores que podem influenciar este encontro são: o planejamento ou espera por este encontro, o grau de controle que o cliente e a enfermeira tem sobre este, a própria singularidade da enfermeira e do cliente e a decisão de revelar-se um para outro ou de conter-se com o outro.

No diálogo, **o relacionamento** compreende o processo de tratar com o outro, significando estar com ele. Os seres humanos podem relacionar-se como sujeito a objeto e como sujeito a sujeito, sendo ambos os tipos de relação essenciais para a existência humana genuína.

As teóricas descrevem as características especiais de relacionar-se derivadas de Buber como base para teoria de enfermagem humanística. A primeira,

o relacionamento *EU-TU* é o diálogo intuitivo, intersubjetivo que ocorre quando o ser humano se envolve com o outro. Nessa relação cada um reconhece o seu self à parte do outro, está consciente da singularidade do outro, e oferece ao outro presença autêntica, permitindo a presença autêntica do outro com o self. A compreensão destas sensações e respostas informam a pessoa a qualidade da presença com o outro. Cada um torna-se mais, através da relação *EU-TU*.

A Segunda característica descrita é a relação *EU-ISSO*. Compreende a relação sujeito-objeto. Como a relação *EU-TU* é vivenciada por cada indivíduo, cada um reflete sobre o processo, interpreta e dá significado à experiência. A relação *EU-ISSO* é similar na maneira como as pessoas interagem com os objetos, mas com uma essencial diferença. Um objeto é aberto à investigação, enquanto o ser humano, como objeto, pode também ser conhecido pelo outro ou colocar barreiras à objetivação. O indivíduo pode ficar em silêncio ou decidir ocultar idéias, qualidades ou sentimentos.

Uma terceira característica é a relação *NÓS*, que permite o fenômeno de "comunidade" e de contribuição singular do ser humano. Portanto o homem adquire identidade através de sua relação com a família, com os outros e com a comunidade.

A **presença** é a qualidade de estar aberto, receptivo, pronto e disponível para outra pessoa, de um modo recíproco. Na tentativa de se apreender o ser, o foco deve estar voltado para o momento existencial do outro; ao se agir assim, a presença da enfermeira é percebida pelo cliente como um ser humano que está neste momento preocupado não primariamente consigo mesmo, mas com a maior compreensão possível da experiência do ser do cliente, favorecendo com que ocorra um diálogo autêntico.

Os **chamados** e as **respostas** são transacionais, seqüenciais e simultâneos, ocorrem de forma verbal ou não, referem-se à capacidade dos enfermeiros de relacionarem-se com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida, simultaneamente. Neste sentido, a solicitação do cliente pode ser chamado por ajuda, e ao mesmo tempo uma resposta à disponibilidade do enfermeiro. Por outro lado, o modo como o enfermeiro responde ao chamado de um cliente é, por si

mesmo, um chamado por um particular tipo de resposta, um chamado pela participação no diálogo.

Comunidade

A enfermagem humanística ocorre e está influenciada pela comunidade. Ela se ocupa da "mediação" das enfermeiras e seus semelhantes. Estes, que são os microcosmos de suas comunidades, seriam pacientes, familiares de pacientes, colegas profissionais e outro profissional do serviço de saúde. O homem adquire identidade através de sua relação com a família, com os outros, e com a comunidade.

Buber refere que o homem se desenvolve mais graças a sua capacidade humana de relacionar-se em todas as formas com outros seres, desde a materialística até a espiritual, nas formas "EU-TU", "EU-ISSO", e NÓS".

Para compreendermos a comunidade, temos que reconhecer e valorizar a singularidade. A enfermagem humanista leva à comunidade; ela ocorre em uma comunidade e é afetada pela comunidade. É do partilhar intersubjetivo de significado, em comunidade, que seres humanos são confortados e cuidados. A comunidade é a experiência de pessoas, e é através da comunidade, de pessoas relacionando-se com outras que é possível "vir-a-ser". As autoras referem que este componente representa a forte influência humanista da teoria. Através do partilhar e do relacionar-se com os outros, as pessoas encontram o significado para sua existência.

Enfermagem fenomenológica

Praeger e Hogarth apud George(1993), inferem que a enfermagem, sua prática e teoria, não seria completa sem uma metodologia. Essa metodologia é denominada Enfermagem fenomenológica.

Durante nossa prática assistencial, aplicamos o processo de enfermagem embasado no modelo teórico de Paterson e Zderad. Ao compartilharmos experiências, procuramos resgatar principalmente a identidade e autonomia do idoso através da relação dialógica. Prestando o cuidado humanizado, buscamos sempre preservar o respeito e individualidade de cada um, para que a relação fosse sempre autêntica.

4.3 Pressupostos das Teóricas

A teoria humanística de Paterson e Zderad é baseada em algumas suposições implícitas, altamente abstratas, baseadas na interações enfermeira-pacientes.

Seguem-se os pressupostos:

1. Enfermagem envolve dois seres humanos que estão dispostos a entrarem num relacionamento existencial um com o outro;
2. Enfermeiros e pacientes, como seres humanos são únicos e totais, com potencialidades para vir a ser mais através da escolha e da intersubjetividade;
3. As experiências presentes são mais do que a soma total do passado, presente e futuro, são influenciadas pelo passado, presente e futuro.
4. Todo o encontro com outro ser humano é aberto e profundo, com grande grau de intimidade que profundamente e humanisticamente influenciam os membros no encontro;
5. Os seres humanos são livres e estão esperando para serem envolvidos no seu próprio cuidado e nas decisões que o envolvem;
6. Todos os atos de enfermagem influenciam na qualidade de vida e morte das pessoas;
7. Enfermeiros e pacientes convivem, eles são independentes e interdependentes;
8. Enfermeiro tem que aceitar e acreditar no caos da existência enquanto vivida e experienciado por cada homem, apesar da sombra lançada sobre ele, interpretada como equilíbrio, controle, ordem e alegria;
9. Os seres humanos têm uma força inata que os movem para conhecer o seu ponto de vista angular e outros pontos de vista angulares do mundo;
10. A enfermagem existencial é um envolvimento no cuidado ao paciente e manifestado na presença ativa do enfermeiro como um todo no tempo e no espaço, como é visto pelo paciente;
11. A meta da enfermagem é um maior bem estar para ambos, a enfermeira e o cliente, enquanto os mesmos experenciam o processo de fazer uma escolha responsável;

12. Porque a enfermagem é vivida com seres humanos, seu fenômeno é uma pessoa precisando de ajuda e uma pessoa ajudando na sua própria situação;

13. Intimidade e neutralidade nos relacionamentos aumentam o bem-estar.

Considerando que trabalhamos com idosos asilados, apresentamos nossos pressupostos com base nas teóricas.

- O idoso é um ser único, repleto de experiências e potencialidades, que necessita de um cuidado humanizado, através da relação autêntica buscando o melhor bem estar.
- A Enfermagem envolve a interação entre a enfermeira e o grupo de idosos, do grupo em si e enfermeira e idoso.
- O encontro entre a enfermeira e o idoso pode ser ou não aberto, mediante o direito de escolha do idoso.
- Os idosos são independentes no sentido de autonomia e processo de escolha, embora muitos sejam dependentes nas atividades da vida diária.
- Os idosos, quando lúcidos, determinam a capacidade de decisão e de comando, ou seja, sua autonomia, podendo fazer uma escolha responsável junto a enfermeira para o alcance das metas em relação ao cuidado na busca do bem estar.
- A institucionalização não significa que o idoso está isento de vínculos familiares.

4.4 Principais Conceitos

Para organização deste marco referencial teórico, descrevemos, com base nas teóricas, os conceitos de **ser humano, saúde/doença/envelhecimento, ambiente e enfermagem**.

SER HUMANO

Conforme as teóricas, ser humano é um ser único, encarnado, sempre vindo a ser mais na relação com homens e coisas, no tempo e espaço do mundo. Tem a capacidade para refletir, valorizar, experienciar para vir a ser mais. Um ser que pede por ajuda e um ser que dá ajuda possuindo particularidades próprias.

Na prática assistencial desenvolvida, caracterizamos como ser humano: a enfermeira, os familiares e o idoso.

A **enfermeira** foi a pessoa que numa interação direta, proporcionou o bem estar do idoso, envolvendo-o com carinho e dedicação e através do cuidado humanizado, procurou estabelecer a relação dialógica que foi a relação terapêutica.

Os **familiares** são a base de sustentação e devem estar presente na bagagem de vida de todos os indivíduos. Pelo fato do ambiente ser asilar e estar relacionado principalmente ao afastamento do convívio familiar, eles se fazem ponto importante de discussão já que o paciente idoso pode ter como referência a inserção da mesma em suas experiências.

A família estabeleceu com o idoso uma relação conflituosa por estarem presentes em suas experiências passadas e ausentes em muitas das oportunidades de interação que poderiam ter na instituição.

O **idoso** foi o foco principal de nossa assistência, que principalmente por imposição do ambiente, necessitou receber o cuidado humanizado, demonstrando seus valores, particularidades e desenvolvendo na medida do possível, todas as suas potencialidades.

SAÚDE/DOENÇA/ENVELHECIMENTO

A saúde é vista como uma questão de sobrevivência pessoal, como uma qualidade de vida e de morte. Ela é descrita como mais que uma ausência de doença. Os indivíduos possuem o potencial para o bem estar, mas também para o estar melhor. Bem estar implica um estado de estabilidade, ao passo que estar melhor refere-se a estar no processo de tornar-se tudo que é humanamente possível em sua situação particular de vida. A saúde é considerada como necessária para a sobrevivência e com frequência se propõe como a meta de enfermagem.(Paterson & Zderad apud George,1993).

Trabalhando com idosos tivemos que ter em vista o ser saudável não só em aspectos clínicos e multipatológicos, já que a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa vivenciar o dia a dia de forma independente. No processo de envelhecimento, entendemos o vivenciar saúde como a busca da

melhoria da qualidade de vida e bem estar, tentando alcançar o equilíbrio emocional, psicológico, físico e social com o meio externo.

AMBIENTE

Para Paterson e Zderad (1979), o ambiente é compreendido como o espaço interno e externo ao ser humano (enfermeiro, família, idoso), incluindo elementos possibilitadores de ser mais.

Segundo Laffrey e Brouse apud Fitzpatrick e Whall (1983), as autoras vêem as pessoas como realmente vivendo em dois mundos, o mundo interior e o mundo objetivo de pessoas e coisas. Sinceridade e aceitação do mundo interior do outro é essencial para uma verdadeira interação entre as pessoas. Família, amigos e outras pessoas significativas são uma parte importante do mundo de cada pessoa. A transação enfermeira-paciente ocorre dentro de um meio intra e interdisciplinar, no complexo sistema de cuidado de saúde. As transações são sujeitas a influência de um pessoal que está constantemente mudando em seus papéis e funções. Enquanto duas pessoas podem compartilhar uma situação, os objetivos realçam ou inibem a interação pessoa-pessoa devido aos diferentes significados atribuídos a eles por cada pessoa.

Realmente estar com o outro envolve conhecer o outro naquele espaço vivido. O espaço vivido e tempo vivido são vistos como interrelacionados. Uma pessoa sente-se mais confortável em um particular espaço sobre o tempo e freqüentemente começa a assumir um senso de propriedade, isto é, sente como se fizesse parte do ambiente e o ambiente fizesse parte dele.

O ambiente caracterizou-se como o espaço onde nosso foco de assistência esteve inserido, sendo portanto, um ambiente asilar. Pudemos perceber que para muitos idosos o ambiente pode ser um fator de desconforto e estresse, pelo local desconhecido, e para alguns, um descanso proporcionado pela aparência familiar de um lar.

O ideal no processo de envelhecer, é que a família se responsabilize pelo cuidar do idoso, de preferência na sua própria casa. Com o aumento do número de idosos na atual sociedade, a família passa por muitas mudanças e dificuldades,

surgindo então a necessidade da utilização de serviços especializados. Pudemos perceber que este fator de separação gerou bastante conflito para família e principalmente para o idoso. Diante desta situação buscamos maneiras de amenizar este conflito, através do cuidado humanizado tentando proporcionar a interação dos mesmos.

ENFERMAGEM

Para as autoras, a enfermagem é uma resposta aos males de uma condição humana. Acontece em determinadas situações: um ser humano necessita de um certo tipo de ajuda e o outro proporciona. O significado da enfermagem como um ato humano está no ato em si. Portanto, para entendê-lo é necessário considerar a enfermagem como um "existente", ou coisa em si, um fenômeno que ocorre no mundo real das vivências humanas.

Neste sentido, Praeger e Hogarth apud George (1993) referem que as teoristas encaram a enfermagem no contexto humano, implicando num encontro especial de pessoas humanas. Este ocorre como resposta a uma necessidade percebida, relacionada à qualidade de saúde-doença da condição humana. Neste contexto que é partilhado por outros profissionais de saúde, a enfermagem tem como meta zelar pelo bem estar e pelo estar melhor (potencial humano).

A enfermagem para nós acadêmicas, é a arte de assistir o ser humano e de promover o seu bem estar físico, mental e social. E através do cuidado humanizado, que visa uma interação efetiva entre enfermeiro/idoso, que foi estabelecida uma assistência levando em conta a singularidade de cada um, buscando o "ser mais" e o "estar melhor" do ser humano.

Esta interação consistiu no processo de troca entre a enfermeira, idoso e ambiente. Foi vivenciada principalmente através de diálogo e da relação de cuidado, onde o enfermeiro e o idoso estiveram envolvidos e receptivos ao encontro, permitindo a troca de informações e experiências entre eles.

5. METODOLOGIA

5.1 O Processo de Cuidar

A metodologia desenvolvida por Paterson e Zderad, está baseada na enfermagem fenomenológica que é uma metodologia para a compreensão e descrição das situações de enfermagem. Constitui-se num método de investigação, tal como a solução de problemas apresentados no processo de enfermagem. Usa a compreensão da experiência enfermeira-paciente, fazendo com que ela possa estar com ele de uma maneira humana e curativa. No processo de enfermagem clássico pressupõe-se a presença de um problema de enfermagem que a enfermeira e o paciente resolverão juntos. Já na enfermagem fenomenológica requer uma necessidade de saúde percebida por qualquer pessoa que esteja envolvida numa interação com um agente de saúde.

O processo de enfermagem clássico é iniciado pela avaliação que inclui uma coleta de dados subjetivos e objetivos sobre o indivíduo, conseguidos através de observação, interação com o paciente e informação de outras fontes. A enfermagem fenomenológica também inclui a coleta de dados objetivos e subjetivos, porém é mais ampla em seu alcance do que é tradicionalmente pretendido pela avaliação. O processo possui cinco fases:

Fase 1- preparação da enfermeira cognoscente para chegar ao conhecimento

Esta pode ser encarada como um pré-requisito semelhante processo de enfermagem, embora diferente dele. O processo de enfermagem entende que o indivíduo que participa dele deve ter formação referente às necessidades biopsicoespirituais do indivíduo. Na enfermagem fenomenológica ocorre o mesmo, porém a enfermeira deverá ser possuidora de uma sensibilidade da condição humana e de um conhecimento dela, bem como do auto conhecimento. A teoria humanista e a prática de enfermagem exigem que o profissional seja capaz de, subjetivamente, vivenciar o outro. O desenvolvimento da auto-percepção é importante, caso a enfermeira espere encontrar os outros no diálogo.

Fase 2 - a enfermeira conhece intuitivamente ao outro

Esta ocorre também antes da fase de avaliação, caracteriza-se por um "entrar" do cliente na situação humana, o encontro empático, o início da relação EU-TU, pela qual a enfermeira compreende, repentinamente, a experiência do outro. É uma compreensão intuitiva da situação do outro, sendo um aspecto significativo da intuição. A intuição não é nova na enfermagem, porém freqüentemente negada, uma vez que está num esforço de se estabelecer como uma profissão que vem utilizando uma abordagem cada vez mais científica e objetiva. No entanto, a enfermeira humanista acredita que a experiência subjetiva dos seres humanos é tão válida quanto a experiência objetiva que pode ser mensurada.

Fase 3 - a enfermeira conhece cientificamente o outro

A avaliação e análise inicial do processo de enfermagem podem ser comparadas a esta fase. Ela inclui um método mais familiar de encarar um fenômeno sob vários aspectos, como a comparação, a classificação, a busca de temas nas relações e entre as partes. Um exemplo de dados de classificação é a divisão das pessoas em partes biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. No método fenomenológico da enfermagem o chamado acontece primeiro, seguido da intuição, depois da avaliação e por último a análise. Na solução de problemas, a declaração de um problema por parte do paciente é seguida da coleta de dados científicos, organizada por partes.

Fase 4 - a enfermeira sintetiza complementarmente as realidades conhecidas

Os estágios finais de análises, no processo de enfermagem, são bastante semelhantes a esta fase, uma vez que a enfermeira compara os dados com as realidades conhecidas, tais como os estágios de desenvolvimento, a hierarquia das necessidades de Maslow e os princípios fisiológicos. Na enfermagem fenomenológica, a enfermeira compara "realidades múltiplas, conhecidas" com os dados e a experiência de cada paciente, ou seja, ela examina os dados e a experiência do paciente, à luz do conhecimento científico e subjetivo, a seguir compara, contrasta e, finalmente, sintetiza uma visão ampliada.

Fase 5 - a sucessão das multiplicidades à unidade paradoxal com o processo interno da enfermeira

Esta pode ser comparada ao estágio de identificação de um diagnóstico, sendo que este se refere ao passo do processo de enfermagem, através do qual a enfermeira faz a constatação de um problema. A enfermeira chega a uma conclusão, após a síntese de idéias, dados e experiências, que é mais ampla que as classificações e que reflete a experiência do cliente, bem como a compreensão inicial da situação, de modo intuitivo. Essa conclusão ou verdade tem um significado para todos e é, realmente, a formação de um conceito, tal como pretendiam as teoristas, e não a formação de um diagnóstico ou problema do paciente.

No processo de enfermagem, após a realização do diagnóstico, existem as fases de *planejamento e implementação*, que descrevem uma meta ou resultados a serem alcançados através de ações específicas da enfermeira e do cliente explicadas detalhadamente. Na enfermagem fenomenológica não existe uma descrição de um plano de atendimento de enfermagem voltado para uma meta, pois a enfermagem humanista preocupa-se com o estar com o outro que possui uma necessidade, visando um estar melhor ou um bem estar que é alcançado através do *diálogo*. Este ocorre entre a enfermeira e o paciente, havendo um *encontro* e a *presença*, e o *chamado* e a *resposta* entre a enfermeira e o paciente, configurando-se na relação EU-TU. Essa é a relação terapêutica. Para as teoristas essa relação acontece na situação de enfermagem, no mundo real; entretanto, elas não detalham a incorporação dos aspectos do "fazer" da enfermagem ao diálogo, uma vez que para elas o "fazer" é a relação.

A fase do processo de enfermagem denominada *evolução*, é a da decisão acerca de ter-se modificado ou não o comportamento do paciente, conforme mensurado pelas metas e objetivos. Ele modifica-se como resultado das ações da enfermeira e do paciente. Segundo Laffrey e Brouse apud Fitzpatrick e Whall (1983), na enfermagem fenomenológica, esta fase pode ser referida como característica do EU-ISSO, em que a enfermeira e o paciente refletem e validam o relacionamento EU-TU. Praeger e Hogarth apud George (1993) explicam que nesta fase, a preocupação não é com o comportamento resultante, mas sim com o significado da experiência para o paciente. Podendo haver uma mudança na perspectiva que o paciente tem de sua experiência.

Em nossa prática assistencial, adaptamos o processo elaborado pelas teóricas.

Fase 1 - Preparação das acadêmicas na busca do auto conhecimento.

Nesta fase a enfermeira necessita possuir uma sensibilidade da condição humana e um conhecimento de si mesma, para que tenha capacidade de vivenciar o outro subjetivamente, podendo ser obtida através de literatura, artes e outras formas. Esta fase se desenvolve antes da implementação do processo e ao longo do mesmo.

Nesta etapa do processo, com o intuito de aumentar nosso conhecimento e adquirir subsídios que despertassem em nós a sensibilidade necessária para melhor aplicarmos o cuidado humanizado, realizamos leituras de algumas obras literárias como: *Carinhos de Deus, O Poder do Amor, DIBS- Em Busca de Si Mesmo* e também assistimos a filmes como: *GIDEON – Um Anjo em Nossas Vidas, Patch Adams, O Golpe do Destino, Tempo de Despertar, Com Mérito e Viver e Ser Cuidado em Instituição Asilar*.

Paralelamente, realizamos três reuniões com a participação da orientadora, supervisora, funcionários administrativos, um funcionário geral, a presidente e uma das fundadoras da instituição. Desenvolvemos reflexões sobre os seguintes temas: *Envelhecimento – Como vejo meu envelhecer?, O Ser Idoso, Como encarar a relação cuidador/idoso – trabalhando a empatia*.

Foi com a promoção de nosso auto conhecimento, que pudemos aprimorar o cuidado com o idoso.

Fase 2 - As alunas conhecem o outro intuitivamente.

Nesta fase descreve-se o início da relação EU-TU, onde a enfermeira compreende o outro utilizando-se do conhecimento intuitivo, o ver o mundo através do olhar do outro. Nesta fase, buscamos compreender intuitivamente a experiência do outro visto que, a experiência subjetiva tem grande importância e significado singular para o idoso e, excluir os pré-conceitos e o juízo de valores desejando estar totalmente envolvidas na relação dialógica (o encontro, relacionamento, a presença, chamados e respostas), com intuito de conhecer e deixar-se conhecer de modo intuitivo através da observação e percepção do idoso, familiares visitante e equipe, visando alcançar um estar melhor.

O *encontro* aconteceu primeiramente, com a apresentação pessoal e em seguida esclarecemos os objetivos da nossa assistência, respeitando o direito da opção ou não do idoso envolver-se em nossa prática. Mostrarmo-nos sempre disponíveis foi um fator facilitador deste encontro, bem como os gestos de carinho e atenção para com os idosos.

O *relacionamento* aconteceu no decorrer do processo através da troca de experiências vivenciadas, transmitindo significado singular à consciência do outro. Foi necessário que tivéssemos em mente, o idoso é um ser único e distinto, com capacidades próprias e que seria estimulado à recuperação de sua independência e autonomia.

A presença envolveu o estar ao lado do idoso e quando possível, dos familiares visitantes, "*inteiramente presentes*" em todos os momentos ao longo do desenvolvimento da prática assistencial, vivenciando cada experiência de forma autêntica.

A comunicação aconteceu através dos chamados e respostas simultâneos durante as etapas da relação dialógica. O chamado do idoso pode ser identificado através do falar, porém muitas vezes algumas necessidades como por exemplo, de afeto a atenção foram expressas de outras formas onde coube a nós utilizarmos o conhecimento intuitivo podendo assim atendermos com nossa resposta, que além de palavras puderam ser simplesmente gestos ou toques de carinho, ou ainda utilizarmos apenas o "ouvir". Através da compreensão das

sensações e respostas pudemos avaliar a qualidade e a importância da presença com o outro.

Fase 3 - As alunas conhecem cientificamente o outro.

Esta fase inclui um método mais familiar de encarar um fenômeno sob vários aspectos, como a comparação, a classificação e a busca de temas nas relações e entre as partes.

Nesta etapa, realizamos a partir de consultas de enfermagem, o exame físico do idoso conforme roteiro (anexo 02). Além disso, procuramos coletar a história dos idosos através de entrevista individual, quando possível com a família, e resgatamos alguns dados importantes dos prontuários.

Utilizamos o modelo de autonomia "Geronte", para avaliação da capacidade funcional do idoso (anexo 03).

Fase 4 - As alunas sintetizam o conhecimento intuitivo e científico.

Nesta fase a enfermeira compara realidades múltiplas conhecidas como os dados e as experiências de cada paciente de forma mais ampla, através de conhecimento científico e subjetivo, e a seguir compara e sintetiza o significado das experiências do cliente.

Esta foi uma etapa onde asseguramos a prática da enfermagem humanística através da análise e síntese dos dados e experiências, baseados no conhecimento intuitivo e científico, buscando assim a melhor qualidade do cuidado.

Fase 5 - As alunas formam um conceito com o seu processo interno, confirmando a relação terapêutica.

Após a síntese das idéias, a enfermeira chega a uma conclusão que retrata a experiência do cliente, onde elabora-se conceitos e não diagnósticos.

Nesta fase os conceitos elaborados refletiram a compreensão do que realmente estava acontecendo com o idoso e nos deram subsídios para que através de uma comunicação dialógica pudessemos estabelecer a relação terapêutica. Esta foi realizada individualmente e através da formação de grupos, onde desenvolveram-se, a partir da temática de interesse tanto dos idosos quanto da equipe asilar, processos educativos e atividades alternativas. Em seguida refletimos junto ao idoso, o significado da experiência para ele, onde pudemos constatar mudanças de perspectiva em alguns casos.

5.2 Descrição do Local do Estágio

Este trabalho foi desenvolvido em uma instituição asilar no município de São José, Santa Catarina.

Escolhemos a entidade filantrópica: LAR DOS VELHINHOS DE ZULMA, que funciona na Avenida Irineu Bornhausen, esquina com a rua Vereador Mário Coelho Pires, no bairro Campinas. A instituição é mantida pela Sociedade Espírita de Assistência e Promoção Social Teresa de Jesus.

O Lar dos Velhinhos de Zulma possui um regime estatutário com uma diretoria, sendo a Presidente a Sra. Cecília Maria Coelho Noronha e conta com um corpo de profissionais.

Foi relatado pela Presidente do lar de idosos que tudo começou num ranchinho onde um grupo espírita se reunia, nos fundos da casa de Joaquim Vaz no bairro do Estreito. Em 1956, uma orientação espiritual dos mentores do grupo prescrevia: “Orar não é tudo. É preciso fazer caridade!”. A partir daí, foi idealizada uma instituição de amparo aos idosos, iniciando com a distribuição de cestas básicas para 30 velhinhos, entregando-as no 1º Domingo do mês.

O trabalho evoluiu e chegou-se à idealização da construção de uma casa para abrigo de idosos, em período integral. A compra de um terreno, no então projetado loteamento de Campinas e o apoio da Di Bernardi ajudaram no lançamento da pedra fundamental, à 18 de Janeiro de 1959. Com a planta da obra e o Estatuto Social, duas senhoras saíram a angariar doações e colaborações. Oito anos após a casa foi levantada e em seguida o prédio da lavanderia. Algum tempo depois foi construído o salão.

Seu nome “Lar dos Velhinhos de Zulma” deu-se ao fato do falecimento prematuro da filha de um membro do grupo espírita Tereza de Jesus que em sessão mediúnica manifestou o desejo de que seus bens fossem destinados ao amparo dos velhinhos, este fato fez com que seu nome fosse colocado no asilo que ficou sendo chamado “Lar dos Velhinhos de Zulma”.

A entidade coordenadora dos trabalhos chama-se Centro Espírita Tereza de Jesus. O Centro Espírita realiza diversas atividades que vão da evangelização espírita Infante Juvenil até a Doutrinação Evangélica.

O lar possui 1.500 metros quadrados de área construída e 6000 metros de terreno e conta também com 40 leitos, entre apartamentos com banheiros e dormitórios conjunto, em alas separadas, para o sexo feminino e masculino. Conta também com um salão de festas, lavanderia, cozinha, sala de visitas e ambulatório de enfermagem. Neste ambulatório encontra-se 1 consultório médico, 1 consultório odontológico, 1 sala de enfermagem, 1 sala de fisioterapia, 2 banheiros e 2 quartos com dois leitos cada um para idosos que necessitam de observação contínua pela equipe de enfermagem .

As refeições são feitas em conjunto no refeitório: os idosos freqüentam todas as instalações que o asilo oferece e também participam das festividades. São comemorados os aniversários dos idosos e isso os deixa muito felizes.

Alguns velhinhos participam das atividades espíritas, outros participam de outros cultos que a casa oferece e dá liberdade para que aconteçam, lá mesmo na instituição.

Os trabalhos são feitos por voluntários e empregados da casa que são duas cozinheiras, duas lavadeiras, dois jardineiros que fazem também serviços gerais, cinco agentes de serviços gerais, uma administradora, uma assistente social e quatro auxiliares de enfermagem, sendo todos estes, citados anteriormente, contratados pela instituição. Contam também com uma enfermeira formada, uma auxiliar de enfermagem, um médico, cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde e uma nutricionista cedida pela Secretaria Municipal de Educação de São José. Complementando esta equipe multiprofissional, existe o trabalho voluntário de um odontólogo e o trabalho realizado pelos acadêmicos de fisioterapia, sob supervisão de um professor, durante o ano letivo.

Quanto ao ingresso no asilo, o pretendente, primeiro preenche a ficha de solicitação de vaga para o idoso e fica aguardando ser chamado. Abrindo a vaga, a instituição faz uma seleção levando-se em conta: 1º) grau de necessidade; 2º) se não tem família; 3º) idade mínima por volta de 60 anos; 4º) se tem ou não dependência física; 5º) se tem distúrbios psiquiátricos.

Após o ingresso há um período de adaptação; caso o idoso fique, recebe o Regimento Interno (anexo 4), o qual ele terá de seguir. Será também apresentado

um termo de compromisso que será assinado por familiares ou uma pessoa responsável (caso tenha). Esse termo de compromisso traz o seguinte conteúdo:

<p align="center">LAR DOS VELHINHOS DE ZULMA Rua Irineu Bornhausen, 119 Campinas- São José – Santa Catarina CEP 88100 – Fone 2410981 CGC 83.903.096/0001-25</p> <p align="center">TERMO DE COMPROMISSO</p> <p align="center">Eu,.....</p> <p>Responsável pelo(a) interno (a), declaro para todos os fins que estou ciente de todo o conteúdo do Regimento Interno do <i>Lar dos velhinhos de Zulma</i>, concordando com todos os seus artigos, incisos e parágrafos, comprometendo-me a cumprir e respeitar as normas estabelecidas pelo Regimento. Declaro ainda, serem verdadeiras todas as afirmações contidas na <i>Ficha de Identificação</i> do interno pelo qual sou responsável, sob pena de incorrer nas sanções previstas no Regimento Interno.</p> <p align="right">São José, ..de.....de</p> <p align="center">_____ Responsável</p>
--

Depois que o termo de compromisso é assinado, é feita a ficha de identificação que fica nos arquivos da instituição para facilitar o atendimento.

5.3 População Alvo

O foco central do trabalho desenvolvido foram idosos residentes na instituição asilar e seus familiares visitantes.

Não delimitamos a princípio o número de idosos que seriam envolvidos no processo do trabalho. Percebemos a necessidade de prestar assistência a todos os idosos presentes, principalmente pela carência dos mesmos e pela realidade apresentada na instituição.

Durante o período de estágio, cuidamos dos trinta e três idosos residentes na instituição. Dentre eles, dois eram totalmente dependentes, sete parcialmente dependente e vinte e três eram independentes.

Em relação aos familiares, eram poucos os que realizavam visitas. Estas, mesmo que freqüentes tinham um período de curta duração o que acarretou em nossa assistência, poucas oportunidades de contato.

Ao término de nossa prática assistencial, estavam presentes no ambiente asilar, um total de trinta idosos; um voltou para seu lar por não adaptar-se às normas da instituição, um foi à óbito e um encontrava-se hospitalizado.

Nosso critério de escolha para a aplicação do processo de enfermagem, foram idosos independentes nas atividades da vida diária, mediante a aceitação dos mesmos em participar do trabalho. Selecionamos três idosos e juntamente com eles escolhemos nomes fictícios (de anjos) a fim de preservar a identidade dos mesmos. São eles:

NOME FICTICIO DO IDOSO	IDADE	TEMPO DE PERMANÊNCIA
Mitzrael	78 anos	4 anos
Gabriel	66 anos	5 meses
Ariel	92 anos	7 anos

5.4 Plano de Ação

Apresentamos abaixo as estratégias traçadas anteriormente à vivência no campo de estágio. As mesmas serão descritas e analisadas mais adiante.

01- Conhecer a estrutura e organização da instituição e identificar a realidade vivida pelos idosos.

Estratégias:

- Realizar visita a instituição
- Aplicar o instrumento para coleta de dados junto à supervisora (anexo 01)
- Realizar estágio nos três turnos e em finais de semana, a fim de conhecer a realidade vivenciada nas 24 horas da vida do idoso.

Este objetivo poderá ser alcançado se no decorrer do estágio, pudermos identificar melhor a realidade vivenciada pelos idosos através do conhecimento do ambiente, interação e diálogos diários.

02- Revisar literatura específica referentes aos temas abordados, aprofundando-os paralelamente ao estágio.

Estratégias:

- Realizar leituras sobre os temas: Teorias do Envelhecimento; Contextualização da População Idosa Brasileira em Termos Demográficos e Epidemiológicos; As Multipatologias de Incidência na População Idosa; Políticas Públicas e Sociais e Enfermagem Gerontológica e Geriátrica.
- Discutir com orientadora e supervisora os temas abordados e os que surgirem durante o estágio.
- Estudo diário e encontro semanal para avaliação e discussão da literatura revisada.

Considerar-se-á alcançado o objetivo a partir do momento que iniciarmos as leituras e discussões que possibilitarão o aumento e atualização dos nossos conhecimentos.

03- Promover a interação do pessoal de Enfermagem, incluindo as alunas de graduação, idosos e equipe asilar, favorecendo a integração dos mesmos, com vistas a proporcionar uma relação autêntica permitindo a troca de informações e experiências.

Estratégias:

- Compartilhar a assistência prestada ao idoso junto com a equipe, buscando o melhor desenvolvimento de nossa prática assistencial.
- Organizar reuniões com os idosos.
- Convidar especialista da área de Geronto-geriátrica para atualização de funcionários.
- Promover palestras e discussões em grupos sobre os cuidados na velhice.

O objetivo será alcançado se for constatada uma maior interação entre os participantes das atividades e se conseguirmos atuar propiciando um ambiente agradável.

04- Prestar o cuidado humanizado baseado nos conceitos e pressupostos de Paterson & Zderad.

Estratégias:

- Consultas de Enfermagem durante o estágio.
- Aplicação da escala de autonomia - auto suficiência.
- Elaborar e aplicar o processo de Enfermagem baseado no modelo teórico de Paterson & Zderad.
- Realizar técnicas de Enfermagem de acordo com as necessidades e possibilidades, respeitando os valores culturais do idoso.
- Promover a humanização do ambiente e orientação do idoso (relógios, calendários, datas de festas, pertences).
- Fazer questionamento direto ao idoso com o intuito de colher informações sobre suas preferências.
- Buscar, junto aos idosos, maneiras de valorizar as capacitações de cada um promovendo atividades alternativas (bingo, café colonial, tarde dançante, tarde da arte, exposição de filmes, ginástica corporal, jogos, tarde do bota para fora, tarde educativa).
- Promover a conscientização da família sobre a importância da participação nos cuidados junto ao idoso.
- Envolver a família nas atividades alternativas realizadas na instituição.

Este objetivo será alcançado se o processo de enfermagem elaborado for aplicado e se juntos conseguirmos buscar a autonomia e independência do idoso no cuidado, respeitando seus valores culturais. Além disso, se houver participação dos idosos nas atividades propostas e conseqüente manifestação de satisfação em demonstrar suas capacidades.

05 – Visitar um serviço geriátrico/gerontológico alternativo para conhecer outra realidade que proporcione maior bem estar aos idosos.

Estratégias:

- buscar informações sobre os serviços geriátricos existentes.

- optar por um serviço geriátrico e conhecê-lo.
- elaborar relatório da visita.

O objetivo será alcançado após a ampliação de nosso conhecimento a cerca do serviço alternativo através da visita.

06 – Participar de eventos relacionados à área geriátrica/gerontológica e/ou que sejam importantes para o aprimoramento de nosso conhecimento.

Estratégias:

- obter informações sobre a data e local da realização dos eventos.
- analisar e selecionar os eventos que sejam viáveis à participação das acadêmicas.

O objetivo será alcançado, após a participação nos eventos e a partir do momento que sentirmos o aumento de nosso conhecimento e aprimoramento no que se refere à Enfermagem Gerontológica e Geriátrica.

6 - CRONOGRAMA

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
27	28	29 - 1ª Reunião com a Orientadora	01 - Busca de literaturas - Reunião com Geriatria Vanir Cardoso	02 - 2º Encontro com a Orientadora	03 - 1ª Reunião com a Supervisora - Entrega do ofício	04 - Revisão de literatura
05 - Revisão de literatura	06 - Revisão de literatura	07 - Revisão de literatura	08 - Encontro das acadêmicas - Visita à Instituição	09 - Preparação do projeto	10 - Busca de materiais sobre a história da instituição no asilo - Visita à Instituição	11 - Assistir os filmes
12 - Encontro das acadêmicas	13 - Entrega do projeto à orientadora - Reunião com a supervisora e diretora do asilo	14 - 3º encontro com a Orientadora	15 - Revisão do projeto	16 - Revisão do projeto	17 - Preparação para apresentação do projeto	18
19	20 - Entrega do projeto à banca examinadora	21 - Preparação para apresentação do projeto	22 - Entrevista com a banca examinadora	23 - Preparação para apresentação do projeto	24 - Apresentação do projeto	25 - Preparação para o estágio
26 - Preparação para o estágio	27 - Início do estágio - Apresentação das acadêmicas aos idosos e funcionários - Esclarecimentos dos objetivos da prat. Assist. - familiar. Das academ.	28 - Estágio - Interação c/ campo - D.C	29 - Estágio - Interação c/ campo e funcionários. - D.C	30 - Estágio - Reconhec. das ativ. de enfermagem. - Técnicas - D.C	31 - Estágio - Reunião das acad. para compartilhar experiências do estágio e rev. literat. - D.C	

MARÇO

D.C = Diário de Campo

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
						01
02	03 - Estágio - Técnica - Conversa c/ idosos - D.C	04 - Estágio - Caminhada - Prep. Consulta. Enf - Visit.Orient. campo - D.C	05 - Estágio - Consulta de enf. - D.C	06 - Estágio - Caminhada - Consulta de enf. - D.C	07 - Estágio - Consulta de enf. - Geronte - R.L - D.C	08
09	10 - Estágio - Identificação dos leitos. - D.C	11 - Estágio - Consulta de enf. - D.C	12 - Estágio - 1º contato com NETI - D.C	13 - Estágio - Caminhada - D.C	14 - Estágio - R.L - D.C	15
16	17 - Estágio - D.C	18 - Estágio - Reunião c/ homens - D.C	19 - Estágio - D.C - Tarde da Pintura - Visita da Orient.	20 - Estágio - Baile de Páscoa c/ NETI - D.C	21 - Estágio - R.L - D.C	22
23	24 - Estágio - D.C	25 - Estágio - D.C - Reunião c/ mulheres - Caminhada	26 - Estágio - D.C - Palestra c/ Geriatria Vanir Cardoso	27 - Estágio - D.C - Caminhada	28 - Estágio - R.L - 1ª reunião de auto-conhecimento. - campanha de vacin. - Geronte	29

ABRIL R.L = Revisão de Literatura

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
30	01 - Estágio - D.C	02 - Estágio - Tarde Educativa - D.C	03 - Estágio - Reunião c/ NETI - Preparação para o Bingo. - D.C	04 - Estágio - Caminhada - D.C	05 - Estágio - R.L - D.C	06
07	08 - Estágio - D.C	09 - Estágio - Caminhada - D.C	10 - Estágio - Bingo - D.C	11 - Estágio - Caminhada - D.C	12 - Estágio - R.L - 2ª reunião de auto-conhecimento - D.C	13
14	15 - Estágio - D.C	16 - Estágio - Caminhada - D.C	17 - Estágio - D.C	18 - Estágio - D.C	19 - Estágio - R.L - Reunião com funcionários. - Gerente - D.C	20
21	22 - Estágio - D.C	23 - Estágio - Caminhada - D.C	24 - Estágio - D.C	25 - Estágio - D.C	26 - Estágio - R.L - D.C	27
28	29 - Estágio - D.C	30 - Estágio - D.C	31 - Estágio - D.C			

MAIO

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
				01 - Estágio - Oficina c/ idosos - D.C	02 - Estágio - R.L - D.C	03
04 - Passeio - Tarde dançante	05 - Estágio - D.C - Reunião c/ supervisora	06 - Término do estágio	07 - Preparação do relatório	08 - Preparação do relatório	09 - Preparação do relatório	10 - Preparação do relatório
11 - Preparação do relatório	12 - Preparação do relatório	13 - Preparação do relatório	14 - Preparação do relatório	15 - Preparação do relatório	16 - Preparação do relatório	17 - Preparação do relatório
18 - Preparação do relatório	19 - Preparação do relatório	20 - Preparação do relatório	21 - Preparação do relatório	22 - Preparação do relatório	23 - Preparação do relatório - Visita ao centro Vivencial	24 - Preparação do relatório
25 - Preparação do relatório	26 - Preparação do relatório - Reunião com a supervisora.	27 - Preparação do relatório.	28 - Preparação do relatório - Reunião com a orientadora	29 - Preparação do relatório	30 -Preparação do relatório.	

JUNHO

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
						01
02	03 - Preparação da Festa Junina (encerramento)	04 - Festa Junina (encerramento)	05	06	07 - Entrega da 1ª versão do relatório, à banca examinadora.	08
09	10 - Entrevista com a banca examinadora.	11 - Preparação da apresentação.	12 - Preparação da apresentação.	13 - Preparação da apresentação.	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24 - Apresentação do relatório final.	25	26	27	28	29

JULHO **31/07/2000-** Entrega do Relatório Final à orientadora.

ATIVIDADES PROPOSTAS

- Oficinas
- Atividades alternativas : Bingo
 - Café colonial
 - Ginástica (convidar profissionais da área)
 - Momento da Arte (bordado, desenho, música, dança, teatro..)
 - Exposição de filmes
 - Momento educativo
 - Jogos
 - Tarde do Bota para Fora
 - Tarde das Histórias de Vida
- Passeios

7.DESCRICÃO DOS RESULTADOS

Apresentamos aqui, os objetivos propostos, juntamente com a descrição e análise dos mesmos.

- **OBJETIVO 1**

- Conhecer a estrutura e organização da instituição e identificar a realidade vivida pelos idosos.

Como proposto, realizamos duas visitas à instituição num período anterior ao início do estágio, afim de conhecer a estrutura organizacional, formas de serviços e cuidados oferecidos, bem como os idosos lá residentes.

Aplicamos também o instrumento para coleta de dados junto à supervisora, sendo que este nos direcionou e possibilitou obter informações mais precisas sobre a instituição.

Tivemos a possibilidade de realizar estágio nos três turnos e inclusive nos finais de semana, proporcionando estarmos presentes em momentos essenciais da vida diária do idoso e termos uma maior interação e familiarização com o mesmo, bem como vivenciar os diálogos diários com mais intensidade.

No que diz respeito ao ambiente, conseguimos identificar as características da instituição, as categorias e número de profissionais da saúde envolvidos na assistência e as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem

Para garantir um ambiente propício ao bem estar do idoso. Também pudemos, a partir do convívio diário, observar a relação pessoal e descrever sua realidade.

A relação entre os idosos era variável. Havia muitos que se relacionavam bem, outros de forma pouco interativa. Algumas vezes pudemos, presenciar momentos de discussão e rivalidade entre eles. Esta situação acabava por gerar ressentimentos e podia ser amenizada pelos próprios companheiros, pela assistente social e por nós, sempre que presentes.

O relacionamento dos idosos com os funcionários geralmente era pacífico, porém haviam conflitos próprios do ser humano que resultavam muitas vezes, pela falta de tempo disponível, carências afetivas e necessidade de atendimento individualizado.

Pudemos perceber que os funcionários da enfermagem dispensavam a atenção necessária em relação à assistência, porém, especialmente nos campos emocional e afetivo, esta ficava dificultada devido às limitações da equipe e pelo pouco número de pessoas à prestar o cuidado em relação ao número de idosos. Neste sentido, acreditamos que pudemos contribuir com a mesma, para a assistência mais humanizada, amenizando esta dificuldade.

O objetivo foi alcançado pois pudemos identificar a realidade vivenciada pelos idosos através do conhecimento do ambiente, interação e diálogos diários.

• OBJETIVO 2

- Revisar literatura específica referente aos temas abordados, aprofundando-os paralelamente ao estágio de prática assistencial.

Como foi proposto, durante o desenvolvimento da prática assistencial, realizamos leituras sobre os temas: Teorias e Fisiologia do Envelhecimento, Contextualização da População Idosa em termos Demográficos e Epidemiológicos, Multipatologias de Incidência na População Idosa, Política Nacional do Idoso, Aspectos Psicológicos do Envelhecimento, Adaptação e Envelhecimento x Depressão, Enfermagem Gerontológica e Geriátrica, Autonomia do Idoso.

Nossos estudos sobre os temas acima citados estão descritos no capítulo referente à revisão bibliográfica deste relatório.

Foram realizadas discussões com a orientadora e supervisora sobre os temas abordados. Além de revisarmos a teoria humanística de Paterson e Zderad,

também foi possível realizarmos estudos diários e dedicarmos um encontro semanal para a discussão e avaliação da literatura revisada, o que consequentemente favoreceu o aumento do nosso conhecimento científico.

Simultaneamente realizamos discussões sobre o filme *Viver e Ser Cuidado em Instituição Asilar*, relatado no objetivo a seguir, e participamos de palestras da área geriátrica gerontológica, durante as atividades em campo, o que certamente contribuiu para engrandecer o aprendizado sobre assuntos abordados.

Este objetivo foi alcançado, pois a partir das leituras, estudos e discussões conseguimos adquirir, aumentar e atualizar nossos conhecimentos sobre o envelhecer, possibilitando o aperfeiçoamento do cuidado em todos os momentos do desenvolvimento de nossa assistência.

• OBJETIVO 3

- Promover a interação do pessoal de enfermagem, incluindo as alunas de graduação, idosos e equipe asilar, favorecendo a integração dos mesmos, com vistas a proporcionar uma relação autêntica permitindo a troca de informações e experiências.

Como foi proposto, buscamos promover nossa interação com o pessoal de enfermagem, incluindo os idosos e a equipe asilar.

No início de nossa prática assistencial, observávamos o comportamento dos funcionários em relação aos idosos de forma passiva, já que não sabíamos como lidar com as situações que surgiam no decorrer do estágio.

Passamos por um processo de adaptação às normas e rotinas da instituição enquanto prestávamos assistência. A cada dia, tínhamos maior satisfação em aumentar nossa interação ao realizarmos os cuidados, ao mesmo tempo que compartilhávamos os mesmos com a equipe, possibilitando melhor desenvolvimento da prática.

No decorrer de nossa prática assistencial, na busca de uma relação autêntica que permitisse a troca de informações e experiências, organizamos algumas oficinas, palestras e discussões com os idosos e equipe asilar.

Reunião com Idosos

- I. Reunião com idosos do sexo masculino.
- II. Reunião com idosos do sexo feminino.

Realizamos reuniões distintas por sexo, por percebermos que os idosos se sentiam menos constrangidos e, por conseguinte, se sentiam mais livres para expor suas idéias e experiências.

As reuniões iniciaram-se com a nossa apresentação e reafirmação dos objetivos do trabalho. Participaram oito homens e dezessete mulheres. Cada participante identificou-se e relatou alguns momentos de sua permanência no asilo, com o objetivo de deixar-se conhecer. Abordamos temas que tinham enfoque principal na promoção da saúde (importância da consulta de enfermagem, exercícios físicos e higiene bucal e corporal). Os idosos contribuíram, dando sugestões e opiniões.

Percebemos que essas reuniões favoreceram a integração idosos/idoso e idoso/acadêmicas. A utilização da separação por sexo foi considerada positiva, pois foi nosso primeiro contato em grupo e nos sentimos mais tranquilas, pois não sabíamos como agir em situações que poderiam aparecer, já que tínhamos o conhecimento prévio de como era dificultosa a relação homens/mulheres.

Constatamos que as vivências expressadas surgiram informal e naturalmente, onde a troca de informações possibilitou uma relação autêntica naquele momento.

“É muito importante conhecer os outros que estão convivendo aqui comigo, pois afinal de contas, este é o meu lar”. (Relato de Gabriel)

Reunião com Funcionários

Informamos à administradora da instituição, que gostaríamos de realizar a exposição do filme Viver e Ser Cuidado em Instituição Asilar e posterior discussão com os funcionários sobre cuidados na velhice. Após a aprovação da mesma, já que havia necessidade de alguma atividade que propiciasse o aumento do conhecimento e interação dos funcionários, comunicamos a equipe a data e o local da exposição bem como do que se tratava o encontro. Ao término do convite, pudemos ouvir frase

como: “*Eu trabalho há quinze anos com idoso e já sei tudo sobre cuidar*”, “*Eu não tenho tempo para isso*”, e deixamos claro que ninguém era obrigada a assistir.

Ao chegarmos na instituição no dia da exposição, fomos chamar os funcionários para darmos início ao encontro e percebemos resistência de alguns, exceto os administrativos e da enfermagem, mas mesmo assim houve participação de todos. Durante a exposição, surgiram comentários sobre a importância do assunto, e ao término, realizamos uma grande discussão onde foram expressas dúvidas, comparações com a realidade lá vivenciada e resgatadas as necessidades individuais dos idosos. Pudemos perceber que a resistência encontrada anteriormente, reverteu-se numa grande satisfação dos funcionários em reconhecer a importância de cuidar na velhice.

“A gente trabalha há tanto tempo, e às vezes não consegue enxergar a real necessidade do idoso”.(Relato de uma funcionária)

“É muito importante resgatar a autonomia do idoso”.(Relato de uma funcionária)

“Até parece que as idosas daqui conversam calmamente com a gente”. (Relato de uma Auxiliar de Enfermagem)

“Não tem que dar comida na boca enquanto puder comer sozinho”.(Relato de uma funcionária)

“É necessário sempre estar conhecendo mais”. (Relato de uma Auxiliar de Enfermagem)

Foi gratificante para nós, contribuímos para instituição no sentido do aprimoramento do conhecimento dos funcionários, visando a melhoria do cuidado, e o mais importante foi promover a reflexão de como estavam aplicando este cuidado.

Relato do Filme

“Conta uma lenda grega, que a cidade de Tebas vivia aterrorizada por um monstro que matava todas as pessoas que não respondessem os seus enigmas. Um belo dia Édipo resolveu enfrentar a esfinge. Ela perguntou: Qual o animal que ao amanhecer caminha com quatro patas, ao meio dia caminha com duas e ao entardecer passa a caminhar com três? Édipo pensou e finalmente respondeu: Este animal é o ser humano! Ao amanhecer se arrasta com as mãos e os pés, ao meio dia caminha com as duas pernas e ao entardecer, muitas vezes, caminha com a ajuda de uma bengala”.

Hoje, usar a bengala não é um símbolo da chamada terceira idade. A terceira idade é tão somente uma fase de vida das pessoas. É o presente dos velhos e o futuro dos jovens.

VIVER – E SER CUIDADO EM INSTITUIÇÃO ASILAR

Velhice não é sinônimo de doença. Como a infância, a adolescência e a vida adulta, a velhice é mais uma fase da vida humana. Mas, com certeza na medida em que envelhecemos ocorrem uma série de mudanças, tanto internas, quanto externas, que podem nos tornar mais vulneráveis. E a experiência da velhice é diferente para cada pessoa. Para começar é diferente para mulher e para o homem, e a vivência da velhice dependerá do passado de cada pessoa, de como ela trabalhou e de como ela viveu e como foram os cuidados que recebeu no curso de sua existência.

Algumas pessoas alcançarão a velhice necessitando de cuidados específicos. Outras ainda irão trocar seus quartos, sua casa, por um lar coletivo. O fato de o idoso ingressar num lar coletivo não quer dizer que ele deixe de ser um indivíduo, pois cada pessoa é uma pessoa única, do nascimento até a morte. Por conta do respeito à individualidade, nunca devemos chamar uma pessoa idosa de “tio”, “tia”, “vô” e “vó”. As pessoas têm nomes próprios e devem ser chamadas por eles.

Assim, não é pelo fato de se encontrarem reunidas em uma instituição, que suas necessidades sejam iguais. Cabe a nós que trabalhamos, sermos sensíveis às diferenças e às necessidades de cada um, e compreender que podemos trabalhar ainda melhor do que normalmente trabalhamos.

A primeira dica é saber ouvir, não fingir que ouvimos, mas ouvir de verdade, e para ouvir precisamos ter um espírito aberto, nos libertar de nossos preconceitos, e de uma série de mal entendidos e tabus que nos ensinaram em relação aos idosos. Ao ouvir um idoso, com certeza, iremos compreender que não existe uma massa de velhos toda igual e uniforme. O que existe são pessoas com uma história de vida única, que neste momento tão importante de suas vidas precisam de nós.

Ao enxergarmos o idoso como uma pessoa e não como uma massa, poderemos melhorar nossa relação de ajuda no dia a dia. Temos que aprender a respeitar o tempo de cada um, mesmo que isso venha causar atrasos, contratempos na nossa programação. Nunca infantilizar a relação. Tratar o idoso como se ele fosse uma criança e devemos dedicar o momento de ajuda exclusivamente ao idoso, evitando distrações que possam desviar a nossa atenção. O melhor é pensarmos em algumas adaptações que possam ajudar os idosos a vencer as suas dificuldades. Na alimentação, a cor, textura, sabor e consistência são fundamentais, tornando o ato de alimentar, também um ato de prazer. Ao lado da alimentação, através de atividades fundamentais do dia a dia, estão a higiene e a eliminação.

Algumas atividades simples para o adulto independente, são extremamente complicadas para algumas pessoas de idade. Para muitos, o corpo é a moldura da alma, para outros, é a nossa substância física, a estrutura, ou mesmo uma espécie de diário com o registro das histórias e de fatos de vidas. Para outros ainda, o corpo somos nós mesmos.

O nosso corpo enquanto vivo, é sexualizado, que mesmo envelhecido, sente, reage. Todos nós precisamos de privacidade, não gostamos de expor nossas intimidades, ou pelo menos escolhemos com quem e onde fazer isso. E a velhice não muda este fato. Pode ser vexatório e humilhante para o idoso Ter seu corpo quando nu, exposto. Nas atividades que envolvem a higiene corporal e eliminação, devem entrar a sensibilidade e criatividade do cuidador, capazes de transformar essas tarefas em momentos de conforto e não de violência.

Muitos idosos fragilizados, tem a sua mobilidade comprometida ou seriamente comprometida. Nesses casos sua autonomia está prejudicada e esta pessoa precisa da nossa ajuda.

“Ajudar não é fazer tudo pela pessoa. Ajudar é descobrir junto com o idoso o que ele, sim, é capaz de fazer sozinho”.

Ajudar é também criar condições materiais, adaptações que promovam a autonomia do idoso. Todos nós que trabalhamos com idosos em instituições asilares sabemos o que seria um ambiente ideal e quais as modificações que ajudariam o dia a dia dos idosos e da gente. Mas num país pobre como o nosso, o ideal e o real costumam manter grande distância. É bom lembrar que o lar para idosos deve cuidar

das condições gerais de bem estar e segurança para todos os idosos, sem nunca esquecermos é claro, que as modificações nunca devem ser pensadas para todos os idosos, devem ser pensados, considerando as necessidades de cada um. O bom atendimento é aquele que cuida do idoso, sem prejudicar a saúde do cuidador.

“Costuma-se dizer que a família deve ter a responsabilidade de cuidar do idoso e de cuidar de preferência na sua própria casas. Mas esquece-se muitas vezes que nesta sociedade onde aumentou o número de idosos, a família passou por muitas mudanças. Para que possa-se ajudar estas famílias, menciona-se três serviços: 1º- a criação de um Centro Social ou Centro Dia especialmente para os idosos mais fracos que precisam de cuidados; 2º- serviço de atendimento na casa do idoso e em 3º- instituição para idosos que pode ter o nome de Asilo, Casa de Repouso ou Residência, onde o idoso vai ser cuidado 24 horas por dia. No Brasil, ainda temos poucos recursos deste tipo. É muito importante a criação de mais recursos sociais desta natureza. A família vai poder cuidar do seu idoso, ainda que não seja sob o mesmo teto”.

Devemos lembrar que os idosos querem também ter oportunidade de participar e opinar sobre as coisas importantes que afetam a sua vida, e ainda que as suas necessidades afetivas sejam consideradas. Para muitas pessoas, morar numa residência coletiva é muito difícil. Provavelmente teve que separar-se da sua casa e de seus vizinhos. É importante que compreendamos e os ajudemos com nosso carinho e atenção e por fim, é importante que criemos a oportunidade de prática religiosa, num clima de muito respeito a escolha de cada um.

*“Eu sou velha, porque eu sou.
 Você me trata como uma criança,
 Eu sei que eu me esqueço,
 Mas eu não me esqueço que estou viva.
 Posso ser velha, mas eu existo, eu vivo,
 Meu coração bate.
 Eu respiro, eu penso, eu me recordo.
 Eu sou.
 Eu estou envolta neste corpo,*

*Mas você também está no seu.
 É uma diferença em graus.
 Você corre um quilômetro,
 Eu movimento um dedo.
 Se você vê em mim a sua imagem futura,
 Trate-me bem!
 Eu sou o enigma do seu futuro!
 Eu não sou uma criança,
 Eu sou velha!*

(Dave Mc Kee)

Palestra com Geriatra Vanir Cardoso

Entramos em contato com o Geriatra Vanir Cardoso, esclarecemos nossos objetivos em relação à instituição e expressamos o quão importante seria a presença de um especialista da área para a atualização dos funcionários. O mesmo se prontificou e agendou conforme sua disposição e da instituição, o dia da realização da palestra.

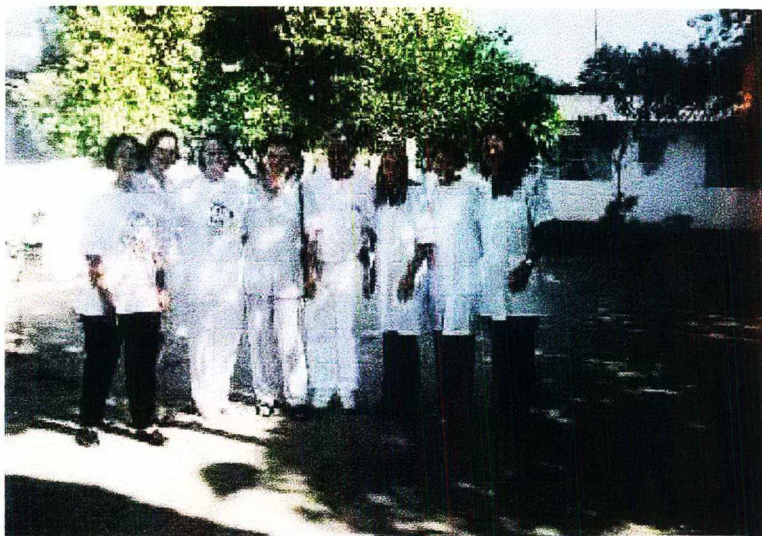
A palestra iniciou com a apresentação do Geriatra e sua esposa, a Enfermeira Maria de Lourdes Cardoso e com a exposição do tema “Envelhecer”. Estavam presentes todos os funcionários da casa e alguns idosos.

Foram abordados temas como: Geriatria, Fisiologia do Idoso, Depressão no Idoso, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Cuidados com Medicamentos, Importância do Sol para o Idoso, Alimentação, Hidratação, Estimulação da Independência, Respeito das Limitações, Prevenção de Quedas e Estresse do Cuidador.

Ao término, foi aberto espaço para questionamentos e discussões, percebemos a compreensão e interesse de todos os participantes pela palestra. Esta foi exposta de maneira informal, tornando o ambiente mais agradável e favorecendo o aprendizado.

“Velhice não é doença, é apenas uma etapa da vida. Só não vai ficar velho quem morrer antes”.(Vanir Cardoso)

Consideramos este objetivo alcançado, pois constatou-se uma maior interação entre o pessoal de enfermagem, nós acadêmicas, idosos e toda a equipe asilar. Essa interação promoveu uma relação autêntica onde, através das reuniões com os idosos, trocamos experiências; nas palestras e discussões com funcionários, ao mesmo tempo ensinamos e aprendemos e foi na busca dessa integração que conseguimos atuar propiciando um ambiente agradável para melhor desenvolvermos nossa prática assistencial culminando no aperfeiçoamento do cuidado.



(Palestrante, Administradoras, Supervisoras e Acadêmicas)

• OBJETIVO 04

- Prestar o cuidado humanizado baseado nos conceitos e pressupostos de Paterson e Zderad.

Para o alcance deste objetivo, seguimos as estratégias propostas e firmamos inteiramente o cuidado humanizado.

Inicialmente, para a aplicação do processo “escolhemos” três idosos, porém no decorrer do estágio nos envolvemos com os cuidados de todos. Os chamados vinham a medida que percebiam que estávamos sempre disponíveis e presentes para as respostas.

Na enfermagem fenomenológica, o cuidador deve possuir uma sensibilidade e percepção da condição humana, bem como um conhecimento de si próprio.

A fase do processo descrita abaixo, foi um pré-requisito para a implementação do mesmo e esteve presente subjetivamente nas fases posteriores.

Foi em busca do auto-conhecimento (**fase 1 do processo de enfermagem**) que fizemos a leitura de algumas obras literárias, assistimos à alguns filmes e realizamos reuniões para reflexão sobre os temas de envelhecimento. Com isso, buscamos aceitar a nós mesmas, nossas limitações e qualidades, o que implica reciprocamente em “aceitar” e compreender o outro.

Através das literaturas e filmes pudemos refletir sobre alguns aspectos, relacionados abaixo, que nos auxiliaram no relacionamento com o outro e serviram de base principalmente para a aplicação do cuidado.

Reflexões:

- Nunca olhe para o problema em si, veja o que ninguém vê (conhecimento intuitivo);
- Ter sensibilidade nos faz ser mais humanos e capazes de exercer nossa profissão;
- Olhar, ouvir e ajudar, contribuem para o cuidado humanizado;
- A relação de ajuda deve inspirar confiança;
- A morte deve ser tratada com decência;

- Na relação, o ser humano afeta um ao outro;
- O profissional deve proporcionar e estimular uma melhor qualidade de vida dos pacientes;
- Devemos nos colocar no lugar do outro;
- Devemos saber ouvir e aproveitar os momentos de interação;
- O resgate de experiências passadas e vivências anteriores, junto ao paciente, proporciona uma grande relação de troca e aprendizado;
- O envolvimento é inevitável;
- Algumas vezes resolvemos nossos problemas através do envolvimento com o paciente;
- As relações familiares ausentes, dificultam o processo de recuperação;
- Não somos melhores nem piores, deve-se estabelecer uma igualdade para que a relação terapêutica aconteça.

As reuniões foram bastante especiais, pois através dos depoimentos e exposição de sentimentos pelos participantes, nos proporcionaram um enriquecimento emocional e espiritual.

“A gente precisa ter um coração grande que chora por dentro, porque por fora não dá para chorar”. (Relato de um funcionário)

Num momento de grande sensibilização entre nós acadêmicas e nossa orientadora, após a leitura de um diário de campo, abrimos nossa alma e compartilhamos nossas angústias. Foi um momento de união e fortalecimento pessoal.

“Chegar no asilo sempre gera um pouco de ansiedade pois, podemos encontrá-los sorridentes, ou por vezes muito tristes e ainda, em pior das hipóteses não encontrá-los. Para nós a morte parece ser tão distante e para os anjos que lá estão, a morte parece querer abraçá-los. É triste dizer, mas muitos também querem abraçá-la. Há apenas um mês, estamos aqui e podemos dizer que eles realmente são anjos em nossas vidas. Compartilhamos alegrias, tristezas, revoltas e saudades. Saudades de uma vida inteira que passou diante de seus olhos, das pessoas que fizeram parte dela e que hoje parecem ter desaparecido no mundo”. (Relato extraído do diário de campo do dia 17/05/2000)

Foi através das experiências vivenciadas no estágio e de um crescimento interior, que pudemos repensar nosso modo de ser e agir não só na aplicação do cuidado humanizado, mas também em nossa vida pessoal.

Para continuarmos a aplicação da referente metodologia, solicitamos o consentimento de todos idosos para o desenvolvimento da prática assistencial e em especial dos três idosos envolvidos no processo. Além disso, também solicitamos a autorização dos idosos e demais pessoas presentes na fotos apresentadas neste relatório (anexo 05).

A cada dia que passava e a cada contato com o outro, íamos nos sentindo mais preparadas para compreender e estabelecer uma vivência dialógica. Percebíamos o quanto nosso relacionamento era importante e nossos encontros foram ocorrendo de maneira simples e espontânea. Até então já estávamos utilizando o conhecimento intuitivo (**fase 2 do processo de enfermagem**).

Para conhecer a experiência do outro intuitivamente, procuramos excluir os preconceitos e julgamentos e deixar claro que estaríamos presentes e totalmente envolvidas na relação dialógica. O início dessa relação, se deu através da observação e percepção do idoso, visto que queríamos conhecer e deixar-nos conhecer de modo intuitivo.

Nessa relação de ajuda a empatia vem em primeiro lugar. Quando manifestamos empatia, sentimos emoções do outro, e percebemos suas vivências.

Com o conhecimento intuitivo, pudemos perceber que os chamados dos idosos não eram apenas verbais. Nossa sensibilidade afluía-se cada vez mais, e aos poucos fomos aprendendo a “olhar” e “sentir” suas reais necessidades.

Muitas vezes um toque de carinho nos idosos, deixava transparecer suas carências, evidenciando que precisavam ser ouvidos e compreendidos.

“Hoje, Mitzrael estava em sua cama deitado, e percebemos que nos olhava incessantemente. Fomos até ele e perguntamos como ele estava se sentindo, imediatamente este começou a nos expressar suas angústias”. (Relato do diário de campo, 25/05/2000)

Em todos os momentos da vivência do cuidar, buscamos compreender os chamados e as respostas.

“O meu erro foi não ter constituído família”. (Relato de Gabriel)

“Estou aqui porque quero”. (Relato de Mizrael)

Vivenciando os encontros, pudemos perceber que de maneira geral, ao longo da vida, ninguém deseja estar longe do convívio familiar. Nesta fase da vida, estar institucionalizado pode gerar conflitos abalando física e psicologicamente o indivíduo.

“Não me acordei bem hoje, tem um remédio para mim”? (Relato de Ariel)

Tentávamos compreender a experiência de estar institucionalizado. Nossa intuição permitiu que percebêssemos que os atos e falas expressados, significavam carência, saudade ou inconformidade.

“Ao passarmos pelo quarto de Ariel, observamos que sua filha estava ali fazendo-lhe uma visita. Ao retirar-se do quarto, notamos uma mudança de expressão em seu rosto. Ariel estava sorridente e cantarolando”. (Relato do diário de campo, 23/05/2000)

Em uma das três experiências dialógicas, tivemos a oportunidade de buscar e compreender a relação família/idoso, resgatando vínculos afetivos e o pensamento de que a institucionalização não implica num isolamento, o idoso é um ente familiar que pode participar ainda das rodas de afeto. Fica claro que a família é fundamental para o bem estar do idoso.

Apesar do curto período de estágio, as oportunidades que tivemos de estabelecer relação com a família foram significativas, porém não muito aprofundadas. As visitas eram breves, portanto, sentimos a necessidade de não interferir nas mesmas, por caracterizarmos este momento de interação como sendo precioso tanto para família, quanto para o idoso.

Possuir um conhecimento intuitivo, fez com que o conhecimento científico **(fase 3 do processo de enfermagem)** fosse aplicado de forma menos mecânica.

Nesta fase, como proposto, realizamos consultas de enfermagem, incluindo o exame físico, aplicamos a escala de autonomia e coletamos dados e informações dos prontuários.

Ao aplicarmos o modelo Geronte de autonomia, sentimos que alguns itens ficaram difíceis de serem analisados como: sociais, domésticos internos e externos, pois algumas normas e rotinas da instituição restringiam atividades da vida diária, como cozinhar, trabalhos domésticos, uso de transportes e compras. Como aplicamos este modelo com idosos independentes nas atividades da vida diária, houveram possibilidades de mudança, porém pequenas. Os resultados não foram significativos pelo pouco tempo de aplicação, uma vez que o ideal seria uma aplicação a longo prazo para que os resultados obtidos fossem mais concretos.

Através da consulta de enfermagem pudemos realizar o exame físico individual, possibilitando o conhecimento das condições físicas, necessidades de higiene, qualidade de vida, autonomia e grau de dependência do idoso. Os dados do

conhecimento científico, foram enriquecidos pelo conhecimento intuitivo prévio adquirido na fase anterior.

Conforme roteiro utilizado, pudemos obter informações a respeito do motivo da institucionalização. Este dado contribuiu para que o idoso, no momento do diálogo, sentisse liberdade para expressar principalmente suas angústias.

Nesta fase do processo, realizamos uma experiência de troca com os idosos consultados, pois aumentamos nosso conhecimento a respeito das informações colhidas, bem como, percebemos a valorização do cuidado mais humanizado que receberam.

Pensamos que neste processo, as fases complementam-se. O conhecimento intuitivo e científico isolados, não avaliam o indivíduo holisticamente, sendo necessário que haja uma síntese destes conhecimentos. **(fase IV do processo de enfermagem)**

O conhecimento científico, fez com que conhecêssemos a parte fisiopatológica do idoso, porém sem a utilização da intuição, não teríamos subsídios para buscar a melhor qualidade do cuidado e nos preparar para formarmos um conceito confirmando a relação terapêutica. **(fase V do processo de enfermagem)**

Descreveremos a seguir o processo de enfermagem, baseado em Oliveira (1998), onde pudemos nos orientar quanto a forma de registro. Para ilustração, apresentamos o processo aplicado com *Mitzrael*.

<u>Conhecimento Intuitivo</u>	<u>Conhecimento Científico</u>	<u>Síntese dos Conhecimentos</u>	<u>Relação Terapêutica</u>
<p>Nas primeiras semanas de estágio, sentimos dificuldade para a “escolha” dos idosos com quem iríamos compartilhar a vivência do processo, pois todos tinham a necessidade de uma avaliação mais complexa para ajuda na sua independência. Porém, para nossa escolha, percebemos que Mitzrael, poderia por em prática suas capacitações e estabelecer conosco a relação Terapêutica. Fomos perguntar aos funcionários a respeito de seus familiares e sobre seu modo de ser. Estes nos disseram que Mitzrael não “incomodava”, estando sempre quieto no seu canto. Ao chegarmos até ele, no dia em que decidimos aplicar na íntegra o processo, este apresentava-se sentado em um banco, quieto e com um olhar distante. Como já havíamos nos apresentado, perguntamos como ele estava naquele momento, Mitzrael nos respondeu que estava bem, porém seu semblante permanecia distante. Convidamos Mitzrael à participar de nosso projeto e reafirmamos nossos objetivos já que os mesmos já havíamos explanado na reunião grupal, realizada anteriormente, onde Mitzrael estava presente. Ele aceitou, porém suas respostas eram monossilábicas diante de nossas indagações. Percebemos que naquele momento Mitzrael gostaria de ficar sozinho, nos despedimos e lhe dissemos que estaríamos no “Lar” sempre presentes e abertas para quando ele quisesse conversar. No encontro seguinte,</p>	<p>Mitzrael é um idoso do sexo masculino, aposentado, católico, solteiro, nasceu em 26/10/1921 no município de Palhoça – SC. Encontra-se institucionalizado desde 19/09/1996. Possui como antecedentes clínicos: Hipertensão Arterial Sistêmica, Artropatias e Insuficiência Cardíaca Congestiva. Faz uso de medicações como: Metildopa, Furosemida, Propranolol, Captopril, Digoxina e Cinazirina. Nega etilismo e tabagismo.</p>	<p>Percebemos que os funcionários não possuíam conhecimento suficiente para observar a real necessidade de Mitzrael, já que seu comportamento passivo era compreendido pelos mesmos como um estado de “satisfação”.</p> <p>Sentimos realmente que a resposta de Mitzrael, “estou bem”, pelo semblante que vimos naquele momento, queria dizer ou pedia algo mais. Isto favoreceu a confirmação de nossa escolha, visto que poderíamos realizar autenticamente a relação terapêutica.</p> <p>Refletimos sobre a necessidade de Mitzrael estar sozinho e nos conscientizamos de que respeitar a vontade do outro, faz parte da relação terapêutica</p>	<p>Tentamos, junto aos funcionários, explicar nossas atividades e a importância de estimular o idoso na sua autonomia e independência.</p> <p>Cientes de que estaríamos sempre presentes para as respostas, deixamos que os chamados de Mitzrael, viessem espontaneamente.</p>

Conhecimento Intuitivo	Conhecimento Científico	Síntese dos Conhecimentos	Relação Terapêutica
<p>estávamos sentadas em um banco conversando com alguns idosos, Quando Mitzrael sentou-se ao nosso lado e cumprimentou-nos. Imediatamente nossa atenção voltou-se para ele, este ao perceber começou a conversar. Perguntamos há quanto tempo ele estava no "LAR" e como foi sua vinda para o mesmo. Mitzrael relatou que morava em um rancho atrás da madeireira onde trabalhava e como o dono era seu amigo, Mitzrael pediu-lhe para ver se tinha vaga na instituição, pois era de sua vontade residir na mesma. Perguntamos se ele tinha uma profissão e ele nos disse que trabalhou cinquenta anos em Palhoça/SC, lugar onde nasceu, em uma olaria, e dezesseis anos em uma madeireira. Aproveitamos que Mitzrael nos relatou sobre o local de seu nascimento e perguntamos sobre seus familiares. Ele nos disse que sempre morou com sua família e nunca se casou. Seus pais e um irmão morreram e outro casou-se e saiu de casa. Foi então que um amigo o convidou para trabalhar na madeireira e morar atrás do próprio emprego. Perguntamos a Mitzrael, o que ele achava da instituição, e ele nos contou que antes era bem melhor, porque as pessoas que "mandavam" na casa deixavam os idosos saírem, e ele podia ir ao banco, na madeireira e passear pelo bairro, e que o fazia o percurso do asilo ao banco em dez minutos. Relatou que as novas pessoas que cuidam do asilo, eram muito bravas.</p>		<p>A "sua vontade" muitas vezes poderia estar relacionada à sua solidão com uma busca de estar com outras pessoas.</p> <p>Era difícil para Mitzrael entender as normas e rotinas da instituição, assim como adaptar-se a uma "liberdade vigiada".</p>	<p>Explicamos-lhe sobre a necessidade da existência de normas em uma instituição e conversamos com as administradoras, sobre a possibilidade de sairmos com Mitzrael e dar mais liberdade aos idosos, o que poderia fazer com que eles adquirissem maior autonomia. Elas nos disseram que Mitzrael poderia sair em nossa companhia desde que avisássemos o local e o horário do retorno.</p>

<u>Conhecimento Intuitivo</u>	<u>Conhecimento Científico</u>	<u>Síntese dos Conhecimentos</u>	<u>Relação Terapêutica</u>
<p>Perguntamos se Mitzrael gostaria de dar uma caminhada até a madeira e ele nos disse que não podíamos sair dali. Explicamos a ele que poderíamos conversar com a direção e imos com ele até lá. Mitzrael ficou um pouco pensativo e disse que no momento não gostaria, pois estava com um pouco de dor nas pernas e o tempo não estava bom, além do mais não iria ter mais ninguém na madeira e comunicou-nos que iria deitar-se um pouco. No dia Seguinte, convidamos Mitzrael para fazer a caminhada que iríamos realizar com o grupo. Mitzrael participou e disse que era bom realizar aquela atividade, pois pelo menos saía um pouco do "Lar". No encontro seguinte, estava em sua cama deitado e percebemos que nos olhava incessantemente, enquanto realizávamos uma técnica em outro idoso. Fomos até ele e perguntamos como ele estava se sentindo, imediatamente começou a expressar suas angústias. Disse que estava um pouco triste pois estava com episódios de diarreia e ao falar para os funcionários, estes negavam, achando que ele estava inventando e pediram que ele os chamassem para mostrar. Disse-nos que gostaria de ficar ali quieto para descansar um pouco. No dia do exame físico, disse que estava sentindo-se agoniado pois a comida formava um "bolo na boca". Dissemos a ele que iríamos ver o que poderíamos fazer. No mesmo dia à tarde convidamos ele a participar da atividade de Páscoa.</p>	<p>PA antes da caminhada: 140x70mmHg PA após a caminhada: 130x70mmHg</p> <p>Ao exame físico: Geronte (anexo 03) Peso: 43kg. Cabeça e Pescoço: couro cabeludo íntegro e limpo.</p>	<p>Mitzrael sentia-se satisfeito em realizar as caminhadas, pois sua necessidade de "sair do lar" estava sendo atendida.</p> <p>A cada encontro, começávamos a entender melhor seus chamados. Através de seu olhar e sua expressão percebemos que Mitzrael, necessitava de nossa presença.</p> <p>O "bolo na boca" era formado, principalmente pela falta de dentição.</p>	<p>Junto com Mitzrael, avaliamos a importância de continuarmos as caminhadas, e estas continuaram sendo realizadas duas vezes por semana.</p> <p>Conversamos com a Enfermeira e esta requisitou um exame para Mitzrael. Pedimos que ela orientasse as Auxiliares de Enfermagem para melhor observação das fezes e controlar a alimentação.</p> <p>Pedimos para os funcionários oferecer a Mitzrael, uma alimentação pastosa.</p>

<u>Conhecimento Intuitivo</u>	<u>Conhecimento Científico</u>	<u>Síntese dos Conhecimentos</u>	<u>Relação Terapêutica</u>
<p>Este demonstrou-se interessado e realizou a atividade tranqüilo e sorridente. Mitzrael nos agradeceu por termos mudado sua alimentação e disse que estava conseguindo alimentar-se melhor.</p> <p>Nos dias posteriores, Mitzrael encontrava-se mais comunicativo, principalmente com os outros idosos, visto que isso não costumava acontecer. No dia da realização do bingo, Mitzrael teve um pouco de resistência em participar. Quando esta atividade já ia quase começando, Mitzrael entrou no local e expressou sua vontade em participar. Mitzrael foi o primeiro a receber o prêmio e sua satisfação estava expressa em seu olhar. Nos outros encontros, Mitzrael apresentava-se mais animado e até fazia brincadeiras conosco. Todas as atividades realizadas participou, exceto da Oficina, pois relatou estar indisposto e um pouco gripado. Em um encontro, mostrou-se bastante integrante ao jogar dominó com outros idosos lá residentes. Disse-nos que sempre jogou com seus amigos da madeireira. No último dia de estágio conversamos com Mitzrael e explicamos-lhe que nossa vivência estava chegando ao fim e agradecemos pela nos dar a possibilidade de trocarmos os chamados e as respostas e ele nos falou que mais importante foi para ele compartilhar esta experiência, agradeceu-nos e pediu-nos que sempre que pudéssemos, voltássemos na instituição, pois nosso trabalho significou muito para ele.</p>	<p>Visão: acuidade diminuída. Audição diminuída.</p> <p>Cavidade Oral: mucosa úmida, dentição natural e precária com ausência de lesões.</p> <p>Aparelho Respiratório: FR: 18mpm; expansibilidade pulmonar normal.</p> <p>Aparelho Cardiovascular: pulso rítmico, 57bpm e pressão arterial sentado 120x80mmHg.</p> <p>Aparelho Gastrointestinal: alimentação por via oral, paladar diminuído, aceitação alimentar regular e preferências alimentares do tipo pastosa ou sopa.</p> <p>Ingesta Hídrica: 3 copos de água/dia.</p> <p>Hábito Intestinal: após as refeições, fezes amolecidas.</p> <p>Resultado do exame: Doença Diverticular do Cólon.</p> <p>Hábito Urinário normal.</p> <p>Deambulação sem auxílio. Força em membros inferiores e superiores diminuída. Presença de rigidez das articulações nos dedos.</p> <p>Grau de dependência: independente</p> <p>Risco para queda: baixo.</p>	<p>Percebemos que suas capacidades estavam sendo bem estimuladas.</p> <p>O idoso já possui o paladar diminuído, e os problemas de dentição de Mitzrael, impuseram suas "preferências" alimentares.</p> <p>Aos poucos íamos percebendo a mudança em seu comportamento.</p>	<p>Procuramos integrar Mitzrael em todas as atividades.</p> <p>Deixamos claro a oportunidade de escolha em relação a esta atividade.</p> <p>Continuamos orientando os funcionários quanto à dieta pastosa.</p> <p>A relação dialógica estabelecida, propiciou uma auto-reflexão em busca de uma melhor qualidade de vida. Em todos os momentos, estávamos presentes, dispostos a ouvir e a entender o silêncio de Mitzrael. A cada progresso, procurávamos estimular Mitzrael, a sempre buscar seu bem estar nas atividades que lhe faziam bem.</p>

Conseguimos formar grupos para a realização de atividades, onde *Mitzrael*, *Gabriel* e *Ariel* estavam inseridos.

RELATO DAS ATIVIDADES

ATIVIDADE FÍSICA PARA O IDOSO

Segundo Vasconcellos (1999), manter-se fisicamente ativo é fundamental para o indivíduo em qualquer faixa etária, sob todos os aspectos. Considera-se que a inatividade seja uma das causas de grande parte das alterações fisiológicas e estruturais que ocorrem com o envelhecimento, onde as perdas funcionais são progressivas, podendo dificultar a realização das atividades da vida diária.

Partindo desta afirmação e de nossa percepção sobre o conceito de qualidade de vida decidimos iniciar caminhadas, realizadas duas vezes por semana, com os idosos.

Nosso objetivo incluiu a manutenção de suas capacidades físicas, da autonomia e o contato social. Permeando este objetivo, está a importância em avaliar o nível de condicionamento físico do idoso, assim como saber perceber e respeitar suas limitações obtendo, desta forma, elementos básicos para a identificação das qualidades de aptidão mais adequadas para se atingir este objetivo.

Iniciávamos a atividade com uma série básica de alongamento, que foi pesquisada no *site* de maturidade da Internet e aconselhada por um profissional de educação física experiente em atividades com idosos. O alongamento é indispensável para o bem estar do idoso, pois visa melhorar e manter a amplitude dos movimentos, das articulações e músculos, possibilitando uma boa qualidade de execução. Todos executavam os exercícios de acordo com suas limitações.

O tempo de caminhada foi aumentando gradativamente de 10 até 20 minutos. Durante todo o percurso os idosos eram observados, afim de detectar alterações fisiológicas, analisar aspectos sociais e emocionais que estavam sendo envolvidos naquela atividade.

O equilíbrio, a agilidade e a coordenação também são elementos básicos para a manutenção da autonomia do idoso. Em certos momentos alguns idosos referiam cansaço ou dores articulares, que nas caminhadas posteriores foram sendo amenizadas.

Os sinais vitais eram verificados antes e depois das atividades. Após um mês de caminhada fizemos uma análise dos valores pressóricos dos participantes, concluiu-se que houve uma leve diminuição dos valores em alguns idosos hipertensos.

Foi feito com os idosos uma avaliação das atividades e todos expressaram uma melhora na qualidade de vida.

“Após as caminhadas me sinto melhor, mais disposta.”

“Minhas dores nas pernas diminuíram.”

“Precisamos cuidar da nossa saúde, ficamos muito tempo sentadas ou deitadas sem fazer nada.”

(Relatos dos participantes das caminhadas)

A atividade aeróbica aumenta os níveis das funções cardiovascular e respiratória. Estes benefícios são de grande importância para o idoso se levarmos em conta, que com o envelhecimento, as funções cardio respiratórias, musculares e articulares sofrem alterações, podendo interferir de forma considerável no desempenho de suas atividades diárias.

Percebemos que as caminhadas propiciaram aos idosos não só bem estar e um viver saudável, mas também foi um momento em que sentiam-se vivos e capazes, capazes de fazer, de cuidar-se e de relacionar-se. Além disso os participantes das caminhadas passaram a conhecer mais um ao outro, já que esta era realizada em grupos, classificados de acordo com suas limitações. Eram momentos descontraídos onde podia-se ouvir histórias de vida. Caminhavam muitas vezes de mãos dadas apoiando uns aos outros, olhavam-se nos olhos, compartilhavam experiências passadas, tristezas e alegrias presentes.

Os idosos são naturalmente sábios pelas experiências vivenciadas e em todas as atividades e diálogos, sem exceção, houve um aprendizado. A relação de troca foi constante.

ATIVIDADE ALTERNATIVA DE PÁSCOA

(Tarde da Pintura)

Primeiramente havíamos pensado em fazer uma pequena celebração para comemorar a Páscoa, tradicionalmente recheada de chocolates e ovos.

No entanto, após refletir sobre o objetivo de nossa prática assistencial, definimos como inadequada e pouco genuína esta primeira idéia. Começamos a pensar em algo que poderia trazer mais benefícios ao idoso, mas algo que estivesse relacionado a esta data comemorativa. Foi então que decidimos oferecer uma atividade alternativa ocupacional com pintura em cenouras e coelhos de gesso.

A atividade foi realizada no dia 19/04/2000, no período vespertino com duração de duas horas. Convidamos todos os residentes do lar para a atividade. 14 idosos participaram.

Nossos objetivos nesta atividade eram exercitar a coordenação motora, estimular a criatividade, promover a interação e integração, resgatar a autonomia, proporcionar uma oportunidade de demonstração de habilidades e também um momento de descontração aos idosos. Todos os objetivos foram alcançados.

ATIVIDADE RECREATIVA – BINGO

No dia 10/05/2000, no salão de festas do lar de idosos, foi realizado um bingo planejado por nós acadêmicas e quatro estagiárias do NETI (Núcleo de estudos da terceira idade – UFSC).

A maioria dos idosos estava presente, mostraram entusiasmo pela brincadeira que possuiu um significado mais rico do que eles pensavam. Apesar dos lugares estarem bem definidos, homens e mulheres separados, houve grande interação. Sorriram, brincaram e conversaram espontaneamente.

“ Que bom que vocês me trouxeram para esta atividade, quase nunca me trazem, mas eu gosto muito de participar.” (Relato de um idoso).

Planejamos o bingo de forma que todos saíssem premiados, proporcionando uma satisfação geral. Notou-se que alguns estavam com bastante dificuldade para distinguir os números devido a uma acuidade visual bastante diminuída. Nesses casos permanecemos presentes auxiliando na marcação e ao

mesmo tempo avaliando o nível de dificuldade que tinham. Esta dificuldade foi comunicada à enfermeira e os idosos referidos foram mais tarde, encaminhados ao oftalmologista. Também percebeu-se que alguns não conheciam os números, perguntamos se eram alfabetizados e estes negaram. Foi daí que surgiu a idéia de iniciarmos uma alfabetização, esta pode ser realizada em apenas algumas noites de plantão com dois idosos. Inicialmente eles mostraram resistência por acharem tarde demais para aprender, apesar da idéia ter sido iniciada como consequência da demonstração de interesse deles. Mesmo tendo a iniciativa, não nos sentimos preparadas para continuar o processo de alfabetização, pois há a necessidade de um profissional especializado.

No decorrer das horas que passávamos juntos a satisfação era evidente e o sorriso brotava a cada letra que escreviam, como se estivessem reafirmando sua identidade pelo simples fato de escreverem seus nomes.

Estes momentos podem parecer simples, porém são ricos em interesse e disponibilidade, proporcionando satisfação, gratificação e crença nas suas potencialidades.

OFICINA COM OS IDOSOS

No dia 01/06/2000, realizamos uma oficina de auto conhecimento, onde participaram oito idosos, dentre eles, dois homens e seis mulheres. Todos foram convidados para a atividade e tiveram liberdade para escolher se queriam ou não participar.

Os participantes foram reunidos em uma mesa e a eles foram lançadas duas perguntas: “ Quem sou eu?” e “ Como me sinto?”. Nosso objetivo era fazer com que eles realizassem uma viagem interior, refletindo sobre seu auto conceito, seus sentimentos e sua realidade, além disto, que esta reflexão os fizessem despertar para a busca de um “viver melhor”.

Conhecer-se e aceitar-se é um processo difícil, mas que torna-se possível a partir do momento em que temos consciência do que somos e do que ainda podemos ser.

Durante a oficina os idosos, de uma forma geral, mostraram-se interessados e participativos. Tiveram receio sobre a restrição e sigilo do que foi discutido na oficina, pois muitos sentimentos que ali estavam sendo expresso, poderiam causar desconforto aos dirigentes da casa. Explicamos nossos objetivos e garantimos sigilo absoluto sobre o que estava sendo exposto.

O tempo de realização da atividade permitiu uma discussão individual com os idosos sobre os cartazes.

Abaixo serão citados alguns depoimentos dos participantes.

“ Às vezes me sinto bem, às vezes mal... Estou um pouco nervosa e aborrecida pois tenho vontade de falar com minha família e não consigo.” (Relato de uma idosa)

No cartaz: figura de uma mulher ao telefone e reunião familiar.

“Para mim estar aqui é o paraíso, tem comida, roupa lavada... Mas me sinto magoado pois criei quatro filhos brancos que depois de grandes me deixaram de lado por eu ser negro. Eu espero a morte com tranqüilidade. Gostaria de fazer muitas coisas ainda na vida, mas a casa proíbe. e tenho medo de ser mandado embora. Fui caminhoneiro e militar, gosto da pessoa que sou.” (Relato de Gabriel)

No cartaz: figura de um caminhão e seu auto retrato.

“ A gente mente quando fala, não podemos dizer o que sentimos.” (Relato de um idoso)

“ Gostava muito da minha família e do meu marido, em minha casa criava patos e galinhas e era dona de casa. Deus sempre me guiou, ia sempre a igreja. Hoje me sinto doente por dentro e por fora.” (Relato de um idoso)

No cartaz: figuras de patos, mesa com família, uma casa...

“ Eu estou contra todos, sofro por ver meus companheiros de quarto serem tão incompreensivos, prejudicando uns aos outros. Mesmo assim sou feliz,, carrego comigo muitas lembranças de casa, tenho saudades do que deixei para trás. Aqui estou acorrentado, não tenho liberdade. Adoro vocês aqui perto da gente.” (Relato de um idoso)

No cartaz: uma garrafa acorrentada, pessoas brigando entre si e a frase “ todos contra todos”.

“ Todos me achavam tão bonita, hoje me sinto feia mas gosto de mim.” (Relato de um idoso)

No cartaz: figuras de cremes, perfumes e mulheres bonitas.

“Todo mundo dizia que eu era linda... Eu tinha um braço lindo, uma mão linda.. e hoje está tudo feio”.

(Relato de Ariel)

“Como estar no meio de gente nova é bom, não penso na velhice”. *(Relato de Ariel)*

Sentimo-nos muito gratificadas e satisfeitas com esta oficina pois os objetivos foram atingidos na integra. Além disso permitiu-se também uma maior interação entre nós e os idosos, contribuindo para o desenrolar da relação terapêutica.

O envolvimento emocional, o simples ato de ouvir e as próprias vivências expressas contribuíram também para o nosso desenvolvimento pessoal e no processo de auto conhecimento. Passamos a refletir sobre as situações e sobre o que somos analisando nossos atos. Nos sentimos incluídas num processo de despertar e amadurecer constante.

TARDE EDUCATIVA

Segundo Berger (1995), os idosos devem integrar os seus problemas e as suas limitações na nova percepção de si próprios, e modificar em consequência o seu estilo de vida. A prevenção é importante: os idosos devem conservar uma atitude positiva quanto ao seu potencial de saúde. através da prevenção, as pessoas idosas aprendem a manter o potencial para continuarem a desenvolver-se e a crescer.

A educação para a saúde, visa o bem estar e a atualização dos idosos, e destes dependem seu crescimento e aprendizagem.

Foi em busca de ajudar os idosos a conservar a saúde, que realizamos a tarde educativa. Esta atividade aconteceu no dia 02/05/2000, no período vespertino com duração de uma hora, onde os idosos foram reunidos na sala de estar. Foram expostos os temas principais: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. (especialmente diabetes, pelo fato da necessidade de controle dietético).

Íamos explicando de forma simples e ao mesmo tempo pedíamos para que os idosos portadores das patologias, nos ajudassem nas exemplificações. Buscávamos simultaneamente ajudá-los a identificar as complicações, sinais e sintomas bem como definir suas próprias concepções de saúde e doença.

Ao final da exposição, percebemos que todos mostraram-se participativos e atuantes, além disso intensificaram-se as preocupações com o seu bem estar e o do próximo. Compreenderam que mesmo podendo contar com a ajuda dos profissionais da saúde, eles fazem-se ponto fundamental para o controle e prevenção destas patologias.

Durante toda a prática assistencial educamos para a saúde, individual e coletivamente visando principalmente acentuar as capacidades individuais de cada idoso na busca do bem estar e a melhoria da qualidade de vida.

PASSEIO

(Tarde Dançante)

Ao comentarmos com nossa supervisora, nosso objetivo de levarmos os idosos à um passeio, esta nos sugeriu uma Tarde Dançante que aconteceria no dia 04/06/2000, domingo, no período da realização da festa da Farinha em Barreiros, São José- SC. A seguir agendamos o passeio com a instituição e foi solicitado o transporte da Prefeitura Municipal de São José.

Os idosos foram comunicados com antecedência e os que desejavam ir, deixavam seus nomes marcados em uma lista para que fossem providenciados crachás de identificação.

No dia do passeio, 12 idosos estavam ansiosos e já preparados em frente à instituição aguardando a condução. Durante o percurso iam atentos e sorridentes observando o ambiente.

Ao chegarmos no local, nos dirigimos ao salão e todos sentaram-se em uma grande mesa. Enquanto aguardavam a banda que iria animar a tarde, saboreavam os quitutes da festa. Ao iniciar a música, alguns idosos dirigiram-se ao centro no compasso da música que tocava.

Ao entardecer, reunimos os idosos, que estavam radiantes e os conduzimos até o transporte.

Percebemos que ao encorajarmos o idoso a manter relações sociais, estamos fazendo-o reafirmar suas potencialidades e resgatar sua identidade, favorecendo a sua integração. Esta atividade teve uma grande importância pois,

permitimos à estes idosos viverem experiências humanas na sua vida quotidiana onde puderam mantê-las ativas nesta oportunidade de diversão.

FESTA JUNINA

(Encerramento do Estágio)

No dia 04/07/2000, auxiliamos e participamos de uma festa junina para os idosos, organizada pela equipe administrativa e os voluntários do Lar de Zulma.

A festa iniciou às quinze horas e contou com a participação de 28 idosos, alguns familiares, funcionários e o grupo de dança Grupo de Dança da Terceira Idade da Coloninha, que apresentou uma quadrilha.

Os idosos dançaram, comeram quitutes e divertiram-se bastante. Percebemos que a interação dos mesmos com a equipe e entre eles era bastante significativa, visto que muitos ajudavam uns aos outros, brincavam com alguns funcionários e voluntários e mantinham uma tranquilidade ao lado dos familiares presentes.

Foi gratificante para nós, observarmos os idosos com quem mantivemos a relação terapêutica, mais independentes em suas ações. *Mitzrael* fazia brincadeiras conosco, *Gabriel* dançava e nos auxiliou nos preparativos da festa e *Ariel* com seus familiares estava serena e sorridente.

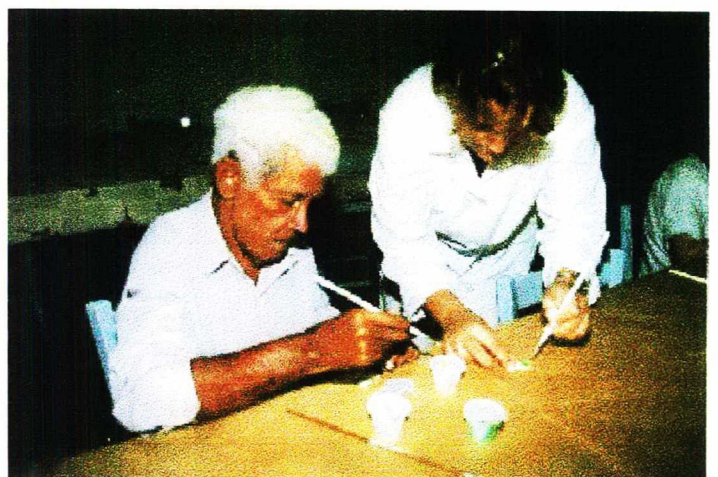


(Festa Junina)

Nosso Anjo



Participantes da Tarde da Pintura

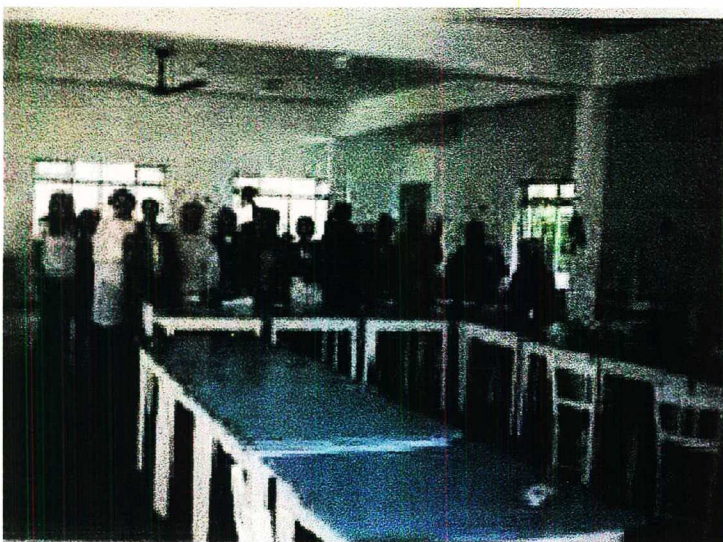




Transporte para o Baile



Tarde Dançante



Bingo

Ainda com relação a este objetivo, realizamos durante a vivência do cuidado, algumas técnicas de forma mais humanizada como: banho de aspersão com ou sem cadeira, controle de sinais vitais, higiene oral, alimentação nasoesférica, corte e limpeza de unhas, mudança de decúbito, massagens de conforto, administração de medicamentos, nebulização e curativos. Procuramos em todos os momentos do cuidado, valorizar as preferências do idoso, respeitando a questão cultural, porém, sempre com a utilização dos princípios científicos.

Sabemos que a pessoa necessitada de um cuidado de saúde, vivencia momentos de tensão que podem desencadear o estresse. Na prática, pudemos perceber que os cuidados tornaram-se mais agradáveis ao olhar do idoso, facilitando a sua realização integral já que compartilhamos este momento de troca de forma tranqüila e harmoniosa e fazendo perceber que o mesmo era capaz de realizar certos cuidados independentemente.

“Prefiro tomar banho á tarde, pois pela manha é muito frio. Que bom que vocês estão aqui para me ajudar”!
(Relato de Ariel)

Ao evidenciarmos a necessidade da humanização do ambiente, colocamos em cada leito e armário, placas com o nome de cada idoso, bem como procuramos resgatar objetos pessoais de valor estimável que encontrávamos no armário, para perto de cada um. Na busca da orientação, colocamos um calendário nos quartos, um relógio de parede e todos os dias lembrávamos o dia, mês e ano, datas especiais e o dia das atividades previstas.

Notamos que os idosos tornaram-se mais orientados, atentos e seguros, pois em vários momentos observamos uma relação de ajuda mútua, percebemos que para as atividades da vida diária tornaram-se mais ativos e davam mais ênfase aos acontecimentos especiais.

“Amanhã é terça-feira, vamos fazer caminhada”? (Relato de Gabriel)

Este objetivo foi alcançado pois o processo de enfermagem elaborado foi aplicado e juntos conseguimos resgatar a autonomia e estimular a independência do idoso no cuidado, respeitando seus valores culturais. Além disso, conseguimos que houvesse participação e conseqüente satisfação dos idosos em demonstrar suas capacidades nas atividades realizadas.

TÉCNICAS REALIZADAS



• OBJETIVO 05

- Visitar um serviço geriátrico/gerontológico alternativo, para conhecer outra realidade que proporcione maior bem estar aos idosos.

Como proposto, durante nossa prática, procuramos nos informar sobre alguns serviços geriátricos existentes. Ficamos cientes da existência de vários serviços oferecidos como:

- Casa de Repouso Nossa Senhora de Fátima – São José – SC.
- Clínica de Repouso Santa Rita de Cássia – Biguaçu – SC.
- Lar de Idosos Nossa Senhora Aparecida – Florianópolis – SC.
- Residencial Geriátrico Sagrada Família – Florianópolis – SC.
- Orionópolis – São José - SC
- Centro Vivencial da Igreja Metodista – Florianópolis – SC.

Nos propomos a visitar uma destas instituições. Nosso processo de escolha baseou-se nas referências que tínhamos de nossa orientadora e no próprio interesse de conhecermos uma realidade totalmente diferente da que vivenciamos.

A seguir descreveremos o relato da visita ao Centro Vivencial..

VISITA AO CENTRO VIVENCIAL DA IGREJA METODISTA

No dia 23/06/2000, realizamos a visita ao Centro Vivencial para pessoas idosas, que é uma instituição filantrópica construída e mantida pela Associação Metodista de Ação Social. Está localizado na rua Pastor William R. Schisler, 861, no bairro do Itacorubi, Florianópolis – SC.

Fomos recepcionadas pela diretora executiva do lar, Edith Long Schisler, que após uma conversa informal, passou-nos algumas informações e logo após, acompanhou-nos na visita ao local.

Trata-se de um centro residencial para idosos autônomos e independentes de classe média, que atua em regime aberto. Os idosos tem a chave da entrada, podem ir e vir deixando apenas uma comunicação na recepção. Podem convidar amigos e parentes para as refeições ou, até mesmo para dormirem nos quartos.

A instituição possui uma preocupação bio-psico-espiritual em relação ao idoso. Trabalham regidos por uma visão holística do homem. As pessoas residem no local por vontade própria e pelo que percebemos os idosos sentem um completo bem estar mantendo a qualidade de vida.

A instituição possui infra-estrutura adequada e exemplar para atender de vinte e um a vinte e quatro idosos, sendo que há aceitação de casais. Os idosos que têm alguma limitação na realização do auto-cuidado, podem ser atendidos por um funcionário especial. Os dependentes ou doentes, deixam de ser responsabilidade do centro e passam a ser de responsabilidade da família.

No lar trabalham duas cozinheiras, duas faxineiras, um jardineiro, um funcionário para serviços gerais, uma nutricionista, uma recreacionista, um profissional que realiza cuidados de higiene e conforto, um técnico de enfermagem apenas no período noturno, uma diretora responsável pela coordenação geral, um administrador, uma coordenadora das residentes e serviços domésticos e duas auxiliares da mesma.

Quanto à estrutura física, o local possui uma sala de entrada com a recepção, uma copa, uma sala alternativa uma cozinha, uma lavanderia, uma sala de descanso para os funcionários com banheiro, uma dispensa, secretaria, banheiro masculino e feminino, uma sala de ginástica, uma sala de estar em cada andar, uma capela, entre os quartos: kitinetes, apartamentos duplos e apartamentos privativos.

Consideramos este objetivo alcançado, pois com a visita, pudemos observar, analisar e conhecer uma realidade diferente.

• OBJETIVO 06

- Participar de eventos relacionados à área Geriátrica/Gerontológica e que sejam importantes para o aprimoramento de nosso conhecimento.

Como proposto, participamos da IV Jornada Científica do Hospital Universitário (anexo 06), no período de 2 a 5 de maio de 2000 e da 61ª Semana Brasileira de Enfermagem, no período de 12 a 20 de maio de 2000. Nestes eventos

podemos assistir à várias palestras relacionadas ao idoso e à conhecimentos que nos subsidiaram para o aprimoramento de nossa prática.

A seguir apresentaremos o relatório da palestra: “Especificidade do Idoso Relacionadas à Internação”, da IV Jornada Científica do HU.

Relatório da palestra: “Especificidades do Idoso Relacionadas à Internação”

Os assuntos enfocados neste tema dizem respeito a Política Nacional do Idoso cujos objetivos são preservar a autonomia e participação na sociedade e assegurar o direito dos idosos. Para tanto levou-se em consideração vários aspectos:

- O que é envelhecer?
- Percentual de Crescimento da População Idosa no Brasil.
- Expectativa de Vida no Brasil.
- Especificidade do Idoso Hospitalizado.
- As Grandes Síndromes da Geriatria.

• O que é envelhecer?

É uma etapa da vida em que há um comprometimento da homeostase, isto é, o equilíbrio do meio interno. Um envelhecimento saudável é o processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, autônoma e qualidade de vida.

Para se criar a Lei da Política nacional do Idoso foi necessário a compreensão deste processo.

• Percentual de Crescimento da População Idosa no BR

1950	3%
1990	7%
2000	15%
2025	32 milhões

Fonte: ONU – 1986.

- **Expectativa de Vida no BR**

Ano	Anos de Vida
1900	33,7
1940	39
1950	43,2
1960	55,9
1960-1980	63,4
1980-2000	68,5
2000-2025	80

Fonte: IBGE – 1982

- **Especificidade do Idoso Hospitalizado**

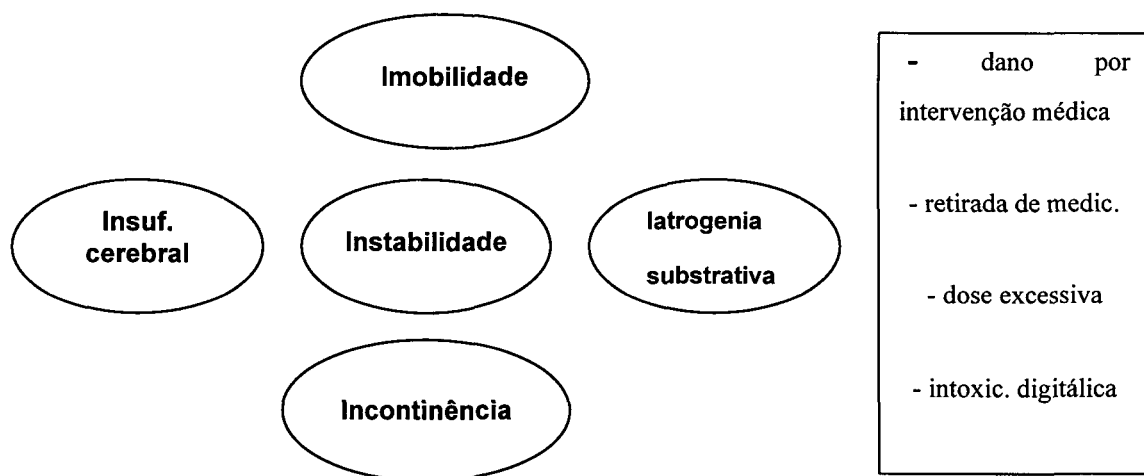
O que a equipe de enfermagem deve ter em mente e algumas ações a serem realizadas:

- humanização nas ações,
- amor para com seu semelhante, visando seu bem estar,
- o 1º contato hospitalar,
- a 1ª internação,
- afastamento da família,
- manter a autonomia do idoso,
- respeitar costumes, crenças e valores,
- incentivar o hábito da leitura,
- proporcionar convivência com diversas faixas etárias,
- manter o idoso atualizado,
- estimular diariamente exercícios de memorização (jogos),
- evitar acidentes,
- estimular o auto-cuidado,
- incentivar a prática de exercício físico e,
- evitar o uso de soníferos e calmantes.

“Somente reconhecemos os fatores que, possivelmente provocam estresse no idoso, se reconhecemos um pouco da pessoa deste idoso”. (Relato da Palestrante)

• As Grandes Síndromes em Geriatria

Os problemas típicos das pessoas de idade avançada se classificam na maioria na Síndrome dos 5Is:



Ao assistirmos palestras com temas como o acima citado, e como: Profissional da Saúde Perante a Morte; Indicações Cirúrgicas no Idoso; Ética, Indivíduo, Sociedade e Organização; Nutrição Enteral e Parenteral; A Enfermagem: seu trabalho e estressores; Saúde Mental do Trabalhador de Enfermagem, cremos que este objetivo foi alcançado, pois engrandecemos nossos conhecimentos e pudemos aprimorá-los na área geriátrica/gerontológica.

8. ASPECTOS ÉTICOS

8.1 Ética

Segundo Valls (1994, p.07), “A ética é entendida como um estudo ou uma reflexão, científica ou filosófica e eventualmente até teologia, sobre os costumes ou sobre as ações humanas. Mas também chamamos de ética quando conforme, aos costumes considerados corretos. A ética pode ser o estudo das ações ou dos costumes e pode ser a própria realização de um tipo de comportamento.” A ética hoje centra-se na pessoa, com a valorização da conscientização, para a conquista dos direitos e valores da cidadania como responsabilidade ética. Repensa a busca de valores humanos e estéticos e inclui a preocupação com o respeito à pessoa como cidadã e como ser social.

8.2 Ética de Enfermagem (Brunner & Suddarth, 1998)

Existe um relacionamento recíproco entre a profissão de Enfermagem e a sociedade: as enfermeiras prestam cuidados contínuos a todas as pessoas independentemente da doença e estado social.. Por outro lado há um reconhecimento social e uma expectativa em torno da profissão, já que os seus membros deveriam atuar com responsabilidade e de acordo com o código de ética.

No entanto há desafios éticos negligenciados nas atividades rotineiras comuns do dia-a-dia da prática profissional, e estas não tem sido profundamente examinadas. Em tempos de crise o comportamento ético não esta exposto na retidão moral da pessoa. É a expressão do dia-a-dia do compromisso das pessoas umas com as outras e a forma como os seres humanos se relacionam uns com os outros em suas interações diárias. Esta perspectiva sustenta a estrutura básica da profissão de Enfermagem: o fenômeno do cuidado humano. As teorias de enfermagem que incorporam as dimensões biopsicossocioespirituais retratam uma estrutura holística com humanismo ou cuidado como núcleo. Como a profissão de Enfermagem se empenha em delinear sua própria teoria ética, o cuidado é, com freqüência, citado como o fundamento moral. Para as Enfermeiras abraçarem os *Ethos* da profissão, é necessário estarem conscientes não só dos principais dilemas éticos, mas também das interações diárias com os consumidores da assistência à saúde que freqüentemente dão origem aos desafios éticos não facilmente identificados.

Os princípios éticos comuns que se aplicam na Enfermagem incluem:

1. Autonomia

Refere-se a regras próprias, direitos individuais, privacidade e opção. Implica na capacidade de fazer opções livres de pressões externas.

2. Beneficência

O dever de fazer o bem e a promoção ativa do ato de benevolência. Também pode incluir a injunção de não infligir danos.

3. Confidencialidade

A informação obtida de uma pessoa não é revelada para outros a menos que beneficie a pessoa ou exista uma ameaça direta ao bem social.

4. Duplo efeito

Um princípio que pode moralmente justificar algumas ações passíveis de produzir efeito do bem e do mal. Todos os seguintes critérios devem ser preenchidos:

- A própria ação é de bem ou moralmente neutra;
- O agente sinceramente visa aos efeitos do bem, e não aos do mal;

- O efeito do bem não é alcançado por meio do efeito do mal;
- Há equilíbrio proporcional ou favorável do bem sobre o mal.

5. Fidelidade

Manutenção da promessa. O dever de ser leal com a confiança depositada pela pessoa, Inclui promessas implícitas e explícitas aos outros.

6. Justiça

Casos parecidos devem ser tratados da mesma maneira.

7. Não maleficência

O dever não inflige do mesmo modo que previne e retira o dano. Pode ser incluído no princípio de beneficência, caso em que a não maleficência estaria mais ligada.

8. Paternalismo

A limitação intencional da autonomia de outros justifica-se por uma aparência de beneficência ou bem estar ou necessidades de outro. Portanto a prevenção de quaisquer males ou danos é maior que qualquer potencial de mal causado pela inferência da autonomia ou liberdade da pessoa.

9. Respeito às pessoas

Vai além da aceitação da noção ou atitude de que as pessoas têm autonomia de escolha para tratar os outros.

10. Santificação da vida

A perspectiva de que a vida é o bem maior. Portanto, todas as formas de vida, incluindo a mera existência biológica, devem tomar procedência sobre critérios externos para julgar a qualidade de vida.

11. Veracidade

A obrigação de dizer a verdade e no mentir nem desmerecer os outros.

8.3 A Ética e o Idoso

Só o homem tem natureza racional e só ele pode ser pessoa, tendo a capacidade de refletir sobre a natureza e sobre si mesmo, podendo diferenciar o bem do mal, sendo então apenas o homem um ser essencialmente ético.

Segundo Papalléo (1994), nossa sociedade caracteriza-se por uma visão utilitarista do ser humano, onde as pessoas são valorizadas pelo ter ou poder, e não pelo ser. O idoso, por ser freqüentemente improdutivo materialmente e intelectualmente diminuído corre o risco de ser considerado menos útil e portanto menos digno, não só pela sociedade, mas infelizmente pelos profissionais de saúde e familiares.

É uma questão ética a luta pelo bem estar das pessoas e da sociedade; é uma questão ética a luta pelo bem estar da população de uma maneira geral, não excluída a população idosa.

Acentua-se ainda que o respeito à decisão da pessoa e no caso do idoso, traz à tona o respeito à autonomia. A autonomia então considera o direito de decidir, de escolher, optar, mas inclui finalmente o direito de ser bem informada sobre as questões que envolvem a mesma.

8.4 Aspectos éticos respeitados durante a prática assistencial

Durante o desenvolvimento de nossa prática assistencial respeitamos os seguintes aspectos éticos:

- O trabalho foi desenvolvido mediante a autorização da Diretoria da Instituição Asilar;
- Os objetivos do trabalho desenvolvidos foram expostos à equipe asilar e aos idosos residentes;
- Foi respeitado o direito de escolha do idoso em envolver-se em nossa prática assistencial;
- Foi garantido o anonimato e o sigilo sobre as informações coletadas que estão contidas no trabalho, e caso necessidade de exposição da história do paciente foi respeitado o consentimento voluntário;
- Foi prestada assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza, com justiça, competência, responsabilidade e honestidade;
- Em todos os momentos da realização de nossa prática assistencial buscamos o aprimoramento científico e crescimento profissional.

9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a própria natureza da prática assistencial e a descrição que culminou neste trabalho, traçaremos aqui algumas considerações e/ou reflexões acerca do caminho que trilhamos.

Desde o início, cientes de nossas limitações, buscamos alcançar os objetivos expressos e como resultado, não obtivemos apenas uma vivência assistencial pautada no referencial fenomenológico proposto por Paterson e Zderad, adquirimos também um olhar que engloba o ser humano, vendo a técnica como um instrumento a seu serviço.

Aprendemos a enxergar a velhice como um fase natural da vida. Este termo, velhice, por nós não é entendido como estorvo ou ter incapacidade, pelo contrário, os idosos são seres únicos, ricos, que devem sentir orgulho do seu passado e valorizar suas experiências. Nós não apenas, cuidamos ou prestamos assistência, nós os consideramos como pessoas que são, não pelo que fizeram, mas pelo que fazem, afinal todos dizem que eles estão chegando ao fim, mas com certeza ainda não acabaram. Querem que suas limitações e dificuldades sejam aceitas, que tenham paciência com eles que não podem ouvir bem, mas que antigamente estavam atentos aos mínimos ruídos que impediam seus filhos de dormir ou ter serenidade. Querem ser incluídos nas reuniões familiares mesmo se nas conversas venham a cochilar, querem ser integrados na família e em suas rodas de expressão de afeto. Querem não temer ou livrar-se da solidão.

Refletimos e passamos a ter uma visão além da enfermagem. O referencial teórico e o aumento de nossa sensibilidade nos fez, muitas vezes, aprender a ouvir o que não é dito verbalmente, a enxergar o que não se vê no primeiro olhar e a perceber melhor o que cada idoso tem a nos transmitir, o que

inclui seus medos, suas esperanças, suas decepções, suas angústias, enfim, muitos sentimentos que por serem subjetivos passam despercebidos, não recebendo seu justo valor.

Com isso, nos sentimos armadas para o reconhecimento e invasão do território, que não foi um campo de batalha entre adversários, mas sim um campo sereno onde mãos profissionais, amigas e senis se entrelaçaram buscando o “bem estar” e o “ser mais.”

Paterson e Zderad nos fizeram ter uma nova ótica de assistir em enfermagem, buscando compreender o significado das experiências vividas juntamente aos idosos, para com isto propor uma prestação de assistência de enfermagem mais humanizada em um local tão carente e deficiente neste campo.

Creemos que o exercício de enfermagem implica em uma realização que considere os aspectos éticos, humanísticos e as técnicas em si. Além disso, que a enfermagem pondere e questione como estes seres humanos que cuidamos, vivenciam este encontro diante de uma estrutura emocional e física alterada. É preciso sempre fazer uma auto crítica sobre o que estamos fazendo, sobre a qualidade do cuidado e da relação enfermeiro – idoso.

É imensamente satisfatório nos sentirmos seres humanos, superando uma visão tradicional de enfermeira enquanto função. O que possibilita este sentimento é a autenticidade existente em todos os gestos e atos e a esperança de que este trabalho signifique e seja mais que palavras impressas em um livro verde.

10- BIBLIOGRAFIA

- BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. **Indo além do assistir – cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em UTI.** Florianópolis, 1995, p.. Dissertação (Mestrado de Assistência de Enfermagem) – Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade federal de Santa Catarina.
- BRUNNER, L.S., SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 6ed.v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.
- BURNSIDE, I.M. **Enfermagem e os idosos.** São Paulo: Organização Andrei editora Ltda., 1979.
- BUSSE, Ewald W., BLAZER, Dan G. **Psiquiatria Geriátrica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- CARVALHO FILHO, E.T., PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics – Fundamentos, clínica e Terapêutica.** São Paulo: Atheneu, 1994.
- CECIL. **Medicina Interna Básica.** 2ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1991.
- CHARLOTTE, Eliopoulos. **Gerontological Nursing.** 3ed.J.B. Lippincott Company Philadelphia, 1993.
- COFEN/COREN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Rio de Janeiro, 1993.

DUNCAN, Bruce B., SCHMIDT, Maria Inês. **Medicina Ambulatorial**. Artes Médicas. Porto Alegre, 1992.

FORCIETA, Mary Ann. **Segredos em Geriatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GONÇALVES, L.H.T., SANTOS, L.L.C. dos. SILVA, Y.F. **Ser ou estar saudável na velhice**. Revista Texto e Contexto de Enfermagem. v1, n2, p.100-103, Julho/Dez, 1992.

GONÇALVES, Lúcia H.T., CARDOSO, Vanir. **Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades da vida diária do cliente idoso**. In: Arquivos Catarinenses de Medicina. v24, n4, p.21-47, 1996.

GUIMARÃES, Renato M., CUNHA, Ulisses G.V. **Sinais e Sintomas em Geriatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1989.

KAPLAN, Frederick S. **Clinical Symposia – Osteoporose**. Ciba – Geigy, 1989.

LAFFREY, Shirley C., BROUSE, Susane H. Patterson and Zderad – A Humanistic Nursing Model. In: FITZPATRIK, Joyce J., WHALL, Ann L. **Conceptual models of nursing: analysis and application**. Maryland: Prentice-Hall, 1983, p. 181-202.

LERCH, Edetrout. **Humanização do Hospital**. In: Encontro de dirigentes hospitalares no norte-nordeste. Fortaleza, 1982.

MELEIS, Afaf. **Teorical nursing – development and progress**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1985, p.24/254: Josephine Patterson and Loretta Zderad.

MILLER, carol A. **Nursing care of older adults: theory and practice**. 2ed. J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1995.

NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas, São Paulo: Papirus, 1993, p. 237-285.

OLIVEIRA, Maria Emília de. **Cuidando-aprendendo enfermagem com amor: uma experiência dialógica com mães/recém-nascidos pré-termo.** Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado), Curso de Enfermagem da UFSC.

OLIVEIRA, Merília, SANTOS, Odaléia Maria Bruggemann dos, FENILI, Rosângela Maria. **Estudando a teoria humanística de Patterson e Zderad.** Trabalho apresentado à disciplina Fundamentos Filosóficos e teóricos da Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 1996.

PATTERSON, Josephine G., ZDERAD, Loretta T. **Humanistic Nursing.** 2ed. New York: National League for Nursing, 1998.

PEREIRA, S.R.M. **Fisiologia do Envelhecimento.** Revista Arquivos de geriatria e gerontologia. p.18-20, 1996.

PRAEGER, Susan G., HOGARTH, Cristina R. In: GEORGE, Julia B. (Org). **Teorias de enfermagem - Os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SALTER, Robert B. **Distúrbios e Lesões do Sistema Musculoesquelético.** 2ed. Editora Médica e Científica. Rio de Janeiro-RJ, 1985.

SANTOS, D.M, JACQUES, L.W., DIAS, M.M., COSTA, R. **Enfermagem/família/RN pré-termo: Juntos na batalha pela vida.** Florianópolis, (Trabalho acadêmico de Graduação em Enfermagem) UFSC, 1999.

SILVA, A.D., BARBOSA, I. I., FURLANI, D., RIBEIRO, I.C. **Uma proposta**

humanizada de cuidado de Enfermagem do Idoso asilado. Florianópolis: UFSC, 1994, p.135. Tese (Graduação em Ciências da Saúde) – Curso de Graduação em Enfermagem.

TRENTINI, M., DIAS, L.P.M. **Meu primeiro projeto assistencial.** Editoração Gráfica: Tony pedro Vieira. Florianópolis, Julho, 1994.

VALLS, Álvaro L.M. **O que é ética?** 9ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

VERAS. R.P. **País jovem com cabelos brancos: A saúde do idoso no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume Dumará: UFRJ, 1994.

11. ANEXOS

ANEXO 01

FORMULARIO PARA COLETA DE DADOS

1) Nome da Instituição

Características:

☒ Asilo

☐ Residência de Idosos

Outros:

2) A instituição é:

☐ Pública

☐ Particular

☒ Filantrópica

Outros:

3) Em caso de Instituição particular, de onde vem o apoio financeiro?

4) Em caso de Instituição filantrópica, de onde vem o apoio financeiro?

Mantido pela SOCIEDADE ESPÍRITA TEREZA DE JESUS

5) Qual o horário de funcionamento da Instituição?

☒ Integral

☐ Matutino

☐ Vespertino

☐ Noturno

6) Funciona em regime?

☐ Aberto

☒ Fechado

☐ misto

7) Número de idosos assistidos:

Sexo masculino: _____10_____

Sexo feminino: _____24_____

8) Esta instituição assiste idosos :

- Com dependência total de cuidados
- Com dependência parcial de cuidados
- Independentes no seu cuidado
- **Todos os casos X**

- 9) Quais as categorias e o número de profissionais de saúde envolvidos na assistência ao idoso na instituição?

PROFISSIONAL	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA
Enfermeiro	1	4h/dia
Técnico de Enfermagem	-	-
Auxiliar de Enfermagem	5	6h/dia + plantão 12h
Atendente	-	-
Médico	2	3h/1x sem.
Assistente Social	1	6h/dia
Psicólogo	-	-
Odontólogo	1	finais de semana
Fonoaudiólogo	-	-
Fisioterapeuta	estagiários	ano letivo
Outros: Nutricionista	1	1h/sem.

- 10) Quais as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na instituição?

- ☐ Direção da Instituição
☒ Chefe dos Serviços de Enfermagem
☒ Cuidados diretos aos idosos doentes ou dependentes
☒ Atividades Educativas
☐ Terapia Ocupacional
☐ Atividades Sócio-Recreativas
☐ O enfermeiro desenvolve atividade isolada da equipe multiprofissional
☒ O enfermeiro desenvolve atividade integrado com a equipe multiprofissional
☐ Outros

Data da coleta:

10/03/2000

ANEXO 02

Sociedade Espírita de Assit. e Prom. Social
TEREZA DE JESUS

Inscrição no CGC/MF 83 903 096/0001-25

LAR DOS VELHINHOS DE ZULMA

Atendimento à Velhice Desamparada

Rua Irineu Bornhausen, 119 - Campinas - 88100-300

Fone (0XX48) 241-0981 - São José - Santa Catarina

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA
AMBULATÓRIO

1. Identificação e Anamnese

Data de Admissão ____/____/____ Data de Realização do H.E.: ____/____/____

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Nº de Registro: _____

Motivo da Internação: _____

Quem responde ao H.E.: _____

Antecedentes Clínicos:

- | | |
|--|--------------------------------|
| () Hipertensão Arterial | () Osteoporose |
| () Insuficiência Cardíaca Congestiva | () Artropatias |
| () Diabetes Melitus | () Acidente Vascular Cerebral |
| () Anemia | () Doença de Parkinson |
| () Arritmias Cardíacas | () Insuficiência Renal |
| () Valvopatias | () Insuficiência Hepática |
| () Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica | () Demência |
| () Doenças Infecto-Contagiosas | () Câncer: _____ |
| () Infecções: _____ | |
| () Alergias: _____ | |
| () Fraturas: _____ | |
| () Outros: _____ | |

Antecedentes Cirúrgicos: _____

Medicações em Uso: _____

Hábitos: () Fumar: Quantidade e há quanto tempo: _____
() Ingerir bebidas alcóolicas: Tipo, quantidade e frequência: _____
() Outros : _____

Trabalha? () Sim. Em que área?: _____
() Não. Por que? _____

Participa de atividades de lazer? () Sim. Tipo, local e frequência: _____
() Não. Por que? _____

Religião: _____ Praticante? () Sim () Não

2. Condições de Saúde

Peso: _____ **Altura:** _____

Níveis de Consciência: () Consciente
() Confuso
() Torporoso
() Inconsciente
() Sedado

Avaliação Cognitiva:

	CERTO	ERRADO
Qual o nome deste lugar?	()	()
Onde está localizado (endereço)?	()	()
Que dia é hoje (dia do mês)?	()	()
Em que mês estamos?	()	()
Em que ano estamos?	()	()
Qual é a sua idade?	()	()
Qual é o dia de seu nascimento?	()	()
Quem é o presidente do Brasil?	()	()
Quem era o presidente antes dele?	()	()
Total de respostas incorretas:	_____	

Fonte: modificado de Kahn RL et al. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. Am J Psychiatry, 1960.
In: PAPALÉO N°. M. Gerontologia

Cabeça e Pescoço: *Couro cabeludo:* Íntegro: () Sim () Não
Limpo: () Sim () Não
Outros: _____

Visão: Acuidade: () Preservada e Normal () Diminuída
Uso de Óculos? () Sim () Não
Arco Senil: () OD () OE
Pupilas: () insocóricas () anisocóricas
() midriase () miose
Reflexo fotomotor: () positivo () negativo

Outros:

Audição: Acuidade: () Preservada e Normal () Diminuída
Uso de aparelhos auditivos? () Sim () Não
Outros:

Cavidade Oral: Mucosa: () Úmida () Seca
Dentição Natural () Sim () Não
Uso de Prótese Dentária () Superior () Inferior () Parcial
Presença de Lesões: () Sim () Não
Outros/ Observações (higiene)

Gânglios Linfáticos: () Não palpáveis () Palpáveis

Comunicação: () Verbal () Não Verbal Observações:

Aparelho Respiratório: Frequência Respiratória

Uso de: () catéter de O₂ l/min () Máscara de O₂ () Nebulização
() Traqueostomia

Ausculta pulmonar:

Murmúrios Vesiculares () presentes () diminuídos () ausentes

Ruidos Adventícios (especificar tipo e localização)

Expansibilidade Pulmonar: () Normal () Diminuída

Outros:

Aparelho Cardiovascular: Pulsação () Ritmico () Arritmico

Monitorização Cardíaca: () Sim () Não

Pressão Arterial: deitado: sentado: em pé:

Pulsos: MMSS () presentes () ausentes

MMII () presentes () ausentes

Perfusão Periférica: MMSS () inalterada () alterada

MMII () inalterada () alterada

Outros:

Aparelho Gastrointestinal:

Alimentação: () Via Oral () Enteral por () Parenteral por

Deglutição: () Inalterada () Alterada

Paladar: () o preservado () diminuído () ausente

Accitação alimentar: () Boa () Regular () Ruim

Preferências alimentares:

Tipo e quantidade de alimentos recebidos

Ingesta Hidrica (tipo e qualidade em 24horas): _____

Abdome: () plano () globoso () flácido () rígido () timpânoco
() maciço () indolor à palpação () doloroso à palpação _____

Ruidos hidroaéreos: () presentes () diminuídos () ausentes

Eliminação Intestinal: controle de esfíncter () presente () ausente

Hábito Intestinal (especificar frequência e características das fezes): _____

Colostomia: () Não () Sim _____

Outros: _____

Aparelho Genito-urinário: controle de esfíncter () presente () ausente

Hábito Urinário (frequência e características): _____

Queixas (ardência, corrimento, prurido, disúria, queimação): _____

Uso de: () Sonda Vesical de Demora () Uripen

Volume e características da Drenagem: _____

Outros: _____

Sexualidade (frequência, alterações e considerações): _____

Músculo-esquelético-articular:

Deambulação: () sem auxílio () com auxílio, tipo _____ () acamado

Força:	MSD	MSE	MID	MIE
Normal	()	()	()	()
Diminuída	()	()	()	()
Ausente	()	()	()	()

Postura: _____

Marcha: _____

Presença de: () deformidades. Localização: _____

() rigidez ou instabilidade das articulações. Localização: _____

() tremor. Localização: _____

() paresia. Localização: _____

() plegia. Localização: _____

() dor. Localização: _____

() quedas (frequências, possíveis causas e consequências): _____

Uso de: () andador

() bengala

() cadeira de rodas

Pele: *Temperatura:* _____

Coloração: () corado () descorado () icterícia

() cianose () hiperemia () melanose

Turgor: () normal () diminuído () desidratado

Hidratação: () normal () diminuída

Proeminências ósseas: () íntegra () hiperemiada _____ () escarificada _____

Higiene: () adequada () regular () inadequada _____

Características Gerais: () emagrecido () sobrepeso _____

Presença de : () lesões _____
() prurido _____
() edema _____
() drenos _____
() catéteres _____
() próteses _____
() tração _____
() outros _____

Padrão de Sono: () bom () regular () ruim

Horas dormidas durante a noite: _____ Durante o dia: _____

Uso de sedativos/calmantes: () Sim _____ () Não _____

Desenvolvimento das Atividades da Vida Diária:

<i>Atividades</i>	<i>Sem Auxílio</i>	<i>Auxílio Parcial</i>	<i>Auxílio Total</i>
Deitar e levantar da cama	()	()	()
Andar no plano	()	()	()
Ir ao banheiro	()	()	()
Tomar banho	()	()	()
Vestir-se	()	()	()
Cortar as unhas do pé	()	()	()
Escovar os dentes	()	()	()
Pentear os cabelos	()	()	()
Sair de condução	()	()	()
Fazer compras	()	()	()
Preparar refeições	()	()	()
Subir escadas	()	()	()
Medicar-se no horário	()	()	()

3. Avaliação do entrevistador

Estado Emocional (percepção do avaliador/entrevistador): _____

Grau de dependência: () dependência total _____
() dependência parcial _____
() independente _____

Grau de autonomia: _____

Risco para Queda: () Baixo _____
() Alto _____

Enfermeira: Ana Cristina O. da Silva Hoffmann.
COREN 1310

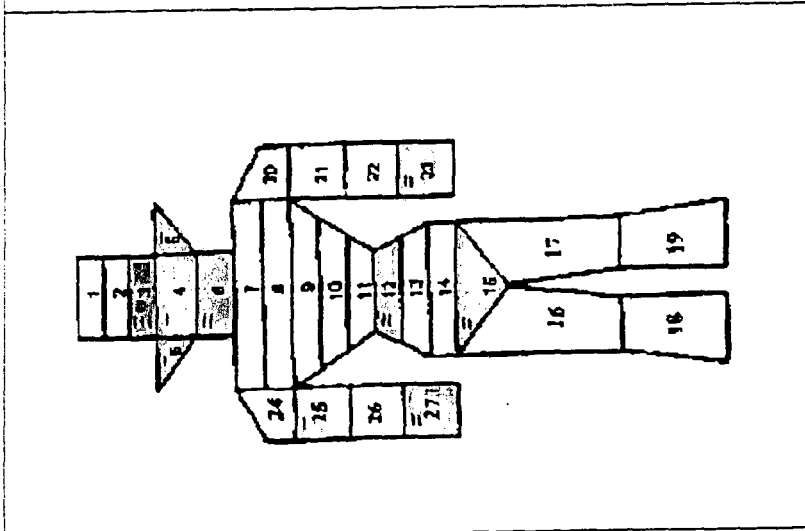
ANEXO 03

LEGENDA:

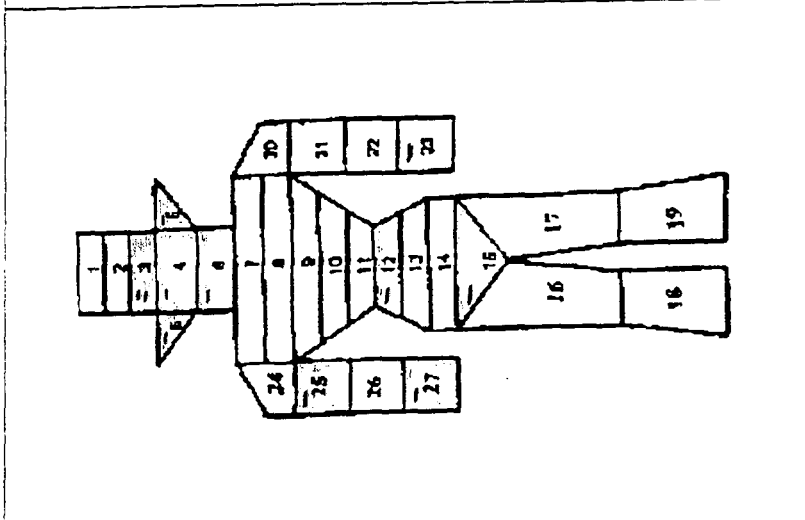
- Mentais
- 01 - coerência
- 02 - orientação no tempo e espaço
- 03 - integração social
- Sensoriais
- 04 - visão
- 05 - audição
- 06 - tato e paladar
- Corporais
- 07 - higiene da parte mais alta
- 08 - higiene da parte mais baixa
- 09 - vestir a parte mais alta
- 10 - vestir a parte média
- 11 - vestir a parte mais baixa
- 12 - alimentar-se normalmente
- 13 - alimentar-se com algum recurso
- 14 - controle urinário
- 15 - controle intestinal
- Locomotoras
- 16 - subir
- 17 - modo de deslocamento
- 18 - deslocamento interno
- 19 - deslocamento externo
- Sociais domésticas internas
- 20 - cozinhar
- 21 - trabalhos domésticos
- 22 - lidar com utensílios comuns
- 23 - comunicação
- Sociais domésticas externas
- 24 - uso de roupas
- 25 - compras
- 26 - visitas
- 27 - validade social

Avaliação:

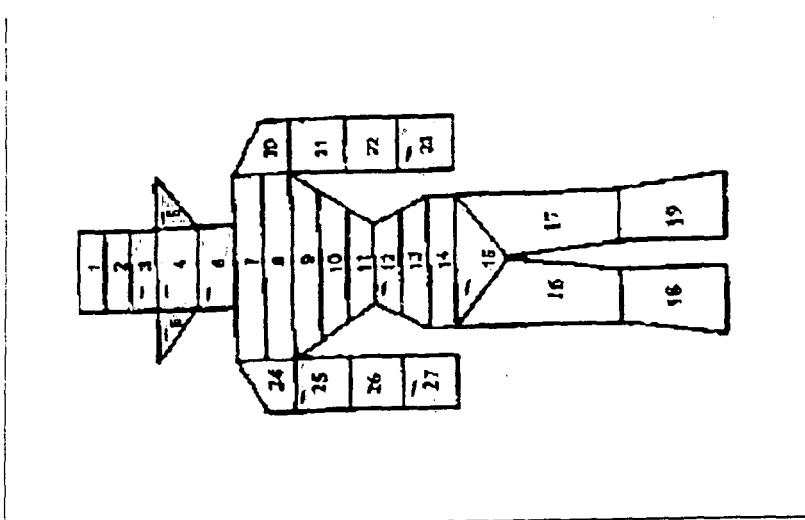
Sombrear os compartimentos correspondentes do Geronte aos diferentes itens de atividade em cinza e preto respectivamente à perda parcial e total autonomia. Os compartimentos não sombreados significam autonomia total nas atividades correspondentes.



Avaliador: Renata
Data: 07/04/2000



Avaliador: Simone
Data: 28/04/2000



Avaliador: Priscila
Data: 19/05/2000

GUIA INSTRUCIONAL PARA O USO DO MODELO GERONTE

A) O compartimento das atividades mentais subdivide-se em três itens:

1 - *Coerência*: avalia-se após uma conversação coloquial, onde deve ser verificada a lógica na colocação das ideias.

2 - *Orientação no tempo e no espaço*: é também observado na conversação com perguntas dirigidas com relação ao dia, mês, ano, dia da semana e o local onde se encontra, o que permitirá captar o nível de perda ou não da orientação temporal e espacial.

3 - *Integração social*: este item pode melhor ser captado observando o comportamento do idoso, o tipo de relacionamento com as pessoas.

B) Atividades Sensoriais (3 itens):

4 - *Visão*: perguntar se tem problemas. Caso positivo, em que medida dificulta o seu viver diário.

5 - *Audição*: perguntar se tem problemas. Caso positivo, em que medida dificulta o seu viver diário.

6 - *Tato e paladar*: perguntar quanto à percepção tátil e do paladar, para avaliar o nível de perdas.

C) Atividades Corporais (9 itens).

7 - *Higienização das partes altas*: perguntar ou observar durante o banho, o quanto o idoso é autônomo nesta atividade.

8 - *Higienização das partes mais baixas*: perguntar ou observar durante o banho, o quanto o idoso é autônomo nesta atividade.

9 - *Vestir e arrumar-se na parte mais alta*: perguntar ou observar durante o banho e toalete matinal e noturno, quanto o idoso é autônomo nas atividades. Por exemplo: de vestir camiseta, amarrar cordão, pentear-se, escovar dentes, lavar dentadura, bochechar, barbear no caso do homem e maquiarse no caso das mulheres, etc.

10 - *Vestir e arrumar-se na parte média*: idem às observações do item 9. Exemplo: fechar e abrir zíper, vestir calça, meia calça, etc.

11 - *Vestir e arrumar-se na parte mais baixa*: idem às observações do item 9, com exemplos de calçar meia, sapatos, sandálias, chinelos, amarrar cordão de sapatos, fivelar sandálias, etc.

12 - *Tomar refeições sem recursos auxiliares*: observar e perguntar ao idoso, sobre o nível de dificuldade no ato de alimentar-se.

13 - *Alimentar-se com recursos auxiliares (sonda gástrica, utensílios especiais)*: observar e perguntar ao idoso, sobre o nível de dificuldade no ato de alimentar-se com os recursos auxiliares.

14 - *Controle urinário*: observar e perguntar se há problemas. Se sofre de incontinência urinária, qual o nível de manejo em termos de autonomia do idoso para a situação.

15 - *Controle intestinal*: observar e perguntar se há problemas, seja incontinência ou constipação. Em caso positivo, verificar o nível de manejo em termos de autonomia do idoso para a situação.

D) Atividades locomotoras (4 itens):

16 - *Subir (escada, rampa, morro)*: observar e perguntar ao idoso, o nível de dificuldade no desempenho deste ato.

17 - *Deslocamento por meio de recursos auxiliares (bengala, muleta, andador, cadeira de rodas)*: observar e perguntar o nível de dificuldade na locomoção com meios auxiliares.

18 - *Deslocamento interno (entre um cômodo e outro da moradia: da cama para cadeira e mesa; e vice-versa)*: perguntar e observar as dificuldades ou não no desempenho desta atividade.

19 - *Deslocamento externo (fora da moradia)*: perguntar sobre as dificuldades no uso do ônibus, carro, ou como pedestre, na rua (para visitas, consultas, compras e outras necessidades), ou para movimentação fora de casa, quintal ou jardim.

E) Atividades Sociais Internas (4 itens):

20 - *Cozinhar e/ou lavar roupas*: observar e perguntar das dificuldades quanto a estas atividades.

21 - *Lidar com trabalhos domésticos manuais*: idem às observações do item 20.

22 - *Lidar com utensílios comuns na limpeza e arrumação (vassouras, rodo, pano de pó, etc.)*: idem 20.

23 - *Comunicação*: observar e perguntar se há problemas nesta área e quanto dificulta no seu viver diário.

F) Atividades Sociais Domésticas Externas (4 itens):

24 - *Uso de transporte*: perguntar se usa e se tem alguma dificuldade.

25 - *Compras*: perguntar se atualmente sai para fazer suas compras. Se não, por quê? Se sim, com dificuldades?

26 - *Visitas*: perguntar se sai de casa para fazer visitas. Que dificuldades tem para fazer visitas.

27 - *Validade social*: observar pelo comportamento do idoso, e pela sua resposta à pergunta, se sente útil, válido ou que se vê tendo controle de si.

ANEXO 04

LAR DOS VELHINHOS DE ZULMA
Rua Irineu Bornhausen, 119 – Campinas – São José – SC
CEP 88100 Fone 2410981 CGC 83.903.096/0001-25

REGIMENTO INTERNO

A Diretoria do Lar dos Velhinhos de Zulma, na pessoa de sua Presidente, faz saber a quem interessar possa, que a Assembléia da Sociedade Espírita de Assistência e Promoção Social Tereza de Jesus, em reunião extraordinária aprovou o seguinte Regimento Interno:

Art. 1º - O Lar dos Velhinhos de Zulma tem por objeto o atendimento à velhice desamparada.

Art. 2º - Todo interessado à uma vaga neste estabelecimento, submeter-se-á às disposições do presente Regimento.

Art. 3º - Previamente à admissão, o idoso candidato ao internato passará por um período de adaptação, a ser definido pela direção.

§ 1º *Em não se adaptando, a internação definitiva do candidato não será efetuada.*

§ 2º No caso do parágrafo anterior, os familiares ou responsáveis pelo idoso, deverão conduzi-lo a outro local, juntamente com seus pertences.

Art. 4º - O horário de visitas aos idosos internos será: das 14:30 hs (quatorze e trinta horas), às 17:00 hs (dezessete horas).

Parágrafo Único - Os casos especiais serão analisados pela Administração.

Art. 5º - Aos visitantes do idoso, familiares ou não, é vedado a cessão de qualquer tipo de alimentos aos internos, sem ciência prévia da Administração.

Art. 6º - O interno só poderá ausentar-se das dependências do Lar dos Velhinhos de Zulma com acompanhante que por ele se responsabilize.

§ 1º A ausência dependerá de prévia autorização da Administração do Lar.

§ 2º Durante o período em que estiver ausente, o interno ficará sob a responsabilidade de seu acompanhante, para todos os fins.

§ 3º No caso de saída não autorizada, o Lar dos Velhinhos de Zulma ficará isento de qualquer responsabilidade por fatos ocorridos quando da ausência do idoso.

Art. 7º - Quando autorizada a saída do idoso, o mesmo deverá retornar às dependências do Lar até às 1730 hs (dezessete horas e trinta minutos).

Parágrafo Único – Os casos especiais serão analisados pela Administração.

Art. 8º - O idoso interno será compulsoriamente afastado nas seguintes hipóteses:

I – quando incorrer em qualquer tipo de danos, materiais ou morais, praticados contra esta instituição;

II – no caso de quaisquer atitudes desrespeitosas contra a Administração, funcionários, visitantes, ou demais internos do Lar dos Velhinhos de Zulma;

III – em quaisquer outros casos a serem definidos pela Direção.

§ 1º Os casos descritos nos incisos acima estendem-se aos familiares, responsáveis ou visitantes do interno.

§ 2º Em qualquer das hipóteses acima, deverão os familiares ou responsáveis pelo idoso, conduzi-lo a outro local, assim que comunicados pela Direção.

Art. 9º - O estado de saúde dos internos que ocupam os apartamentos, assim como os medicamentos necessários à sua manutenção e eventual tratamento, correrão por conta dos familiares ou responsáveis.

Parágrafo Único – Incluem-se neste artigo todos os objetos de uso pessoal do interno.

Art. 10 – O Lar dos Velhinhos de Zulma não se responsabilizará por qualquer tipo de auto-medicação promovida por idosos internos.

Art. 11 – É proibido o uso de qualquer tipo de bebida alcoólica nas dependências deste Lar, sendo de inteira responsabilidade do interno as consequências advindas da inadvertência a este artigo.

Art. 12 – Os casos não previstos neste Regimento, serão resolvidos pela Direção do Lar dos Velhinhos de Zulma.

São José, 08 de julho de 1997.

JUDITH DE MELLO COELHO
Presidente

ANEXO 05

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
LAR DOS VELHINHOS DE ZULMA

DECLARAÇÃO

Eu _____, autorizo as acadêmicas de enfermagem
Fernanda Bion Jacques da Cruz, Penélope Paloma Rüdiger Scheidt e Renatha Mendonça
Böing, a publicarem no trabalho de conclusão de curso a fotografia onde me encontro
presente.

Assinatura

ANEXO 06



IV JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
UFSC - Florianópolis 2 a 5 de maio / 2000

20 ANOS
FACULDADE
DE FARMÁCIA
COM QUÍMICA

FESTIVIDADES DE COMEMORAÇÃO DOS 20 ANOS DO HU			
DIA 02	20:00 HORAS – SOLENIDADE DE ABERTURA DA JORNADA – Auditório – HU		
DIA 03	08:00 – 10:00h	10:15 – 12:00h	14:00 – 16:00h
	<p>Palestra: Pesquisa na Área da Saúde Profª Drª Flávia R. S. Ramos: UFMS Presidente: Beatriz Beduschi Capella - UFSC Auditório HU</p>	<p>Palestra: Informatização do Ambiente Hospitalar Dr. Marcos Antônio Gutierrez - São Paulo Presidente: Wilmar L. Vienhage - HU/UFSC Auditório HU</p>	<p>Temas Específicos: 14:00 – 15:00h • Criança Vítima de Maus Tratos Dr. Gerson J. Coelho (HU/UFSC) Presidente: Clarisse Bissani (UFSC) Sala Aula Pediatria (2º andar) • Segurança do Trabalho Eng. Roberto Ferreira da Cunha (UFSC) Presidente: Deise Teixeira (HU/UFSC) Sala Aula 3º andar • Avanço Laboratorial dos Fungos Emergentes e Reemergentes (HIV) Prof. Jairo dos Santos (UFSC) Presidente: Lenilza Lima (UFSC) Auditório HU • Especificidades do Idoso Relacionadas à internação Enfª Maria Gliolanda de O. Lima- HU/UFSC Enfª Jordelina Schier - HU/UFSC Presidente: Fabiana Minatti Sala aula 4º andar</p>
		<p>15:00 – 16:00h • AIDS - Controle da Transmissão Vertical Prof. Dr. Edson Fedrizzi (UFSC) Presidente: Beatriz Gil (UFSC) Sala aula Pediatria – 2º andar • Funcionamento da Lavanderia Tereza A. Bartolomeu (UFSC) Presidente: Rogério Laureano HU-UFSC Sala aula 3º andar</p>	<p>16:30 – 18:00h Mesa Redonda • Utilização Racional de Antimicrobianos Palestrantes: Adão Machado (HC/RS) Flávia Rossi (Hosp. Emílio Ribas) Debatedores: Maria Léa Campos – UFSC Cássia Zoccolin – Lab. Sta. Luzia Valter Araújo – FHSC Aldemar Lopes – UFSC Cleia C. de Jesus – UFSC Auditório HU</p>

DIA 04	<p>08:00 – 10:00</p> <p>Mesa Redonda: (auditório HU)</p> <p>Bioética Dr. Jairo Othero - UFRGS Profª Drª Maria Aparecida Crepaldi – Psicóloga/UFSC Profª Drª Maria Tereza Leopardi – Enfermeira/UFSC Presidente: Ass. Social - Luiza Maria Lorenzini Gerber –HU/UFSC</p>	<p>10:00 – 12:00h</p> <p>Temas Específicos:</p> <p>10:00 – 11:00h Indicações Cirúrgicas no Idoso Prof. Dr. Ernesto Damerau UFSC Presidente - Viriato Cunha -HU-UFSC Sala 3º andar</p> <p>11:00 – 12:00 Profissional da Saúde Perante a Morte Dr. Jairo Othero – UFRS Presidente – Rachel D. Moritz - UFSC Sala Aula 3º andar</p> <p>10:00 – 12:00 Motivação, Entusiasmo e Autoconfiança Acácio M. Garcia – Fpolis/SC Presidente – Lorena M. e Silva- UFSC Auditório HU</p> <p>10:00 – 12:00 Laboratório nas Doenças Hormonais Profª Drª Liliete Canes Souza -UFSC Presidente – Laura Silva – HU/UFSC Sala Aula 4º andar</p> <p>11:00 – 12:00 Centro de Esterilização Enfª Tânia T. Oliveira – HU/UFSC Enfª Márcia Binder Neis – HU/UFSC Presidente: Enfª Laura Cristina da Silva- HU/UFSC Sala Aula 2º andar (pediatria)</p> <p>10:15 – 12:00h</p> <p>Plenária de encerramento</p>	<p>14:00 – 16:00h</p> <p>Mesa Redonda</p> <p>O Papel dos HUs no Contexto da Autonomia Coordenador: Prof. Dr. Marcelino Osmar Vieira Diretor do HU/UFSC Participantes: Prof. Dr. Lúcio José Botelho- Vice Reitor da UFSC Jorge João Chacha – Reitor da UFMS Auditório</p> <p>15:00 – 16:00</p> <p>Palestra Nutrição enteral e parenteral Yara C. Baxter (USP) Presidente : Maria Luiza Alencar HU/UFSC Sala de aula 3º andar</p>	<p>16:30 – 18:00h</p> <p>Apresentação dos Temas Livres</p>
DIA 05	<p>08:00 – 10:00h</p> <p>Ética, Indivíduo, Sociedade Organização Padre Vilson Groh - Fpolis Presidente – Rogério Laureano – HU/UFSC Auditório Hu</p>			

ANEXO 07



CIDADÃO SAÚDE

JORNAL INFORMATIVO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ - ANO V - Nº 9 - JAN/FEV/MAR/2000

 CIDADÃO SAÚDE

Saúde no Lar de Zulma

A Secretaria Municipal de Saúde de São José desenvolve também trabalhos voltados à terceira idade. Um deles é a manutenção de uma equipe de saúde permanente no Lar dos Velhinhos de Zulma, composta por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Além disso, fornece materiais para os procedimentos de enfermagem, medicações básicas e transporte dos idosos para consultas especializadas e realização de exames.

De acordo com a enfermeira Ana Cristina Hoffmann, coordenadora das ações de saúde e che-



Para consultar: Enfermeira com grupo de idosos

fe da equipe de enfermagem do Lar de Zulma, a realidade social em que se encontram as pessoas da terceira idade não uma das melhores, principalmente dos asilados, já que muitas vezes as famílias, mesmo com condições para atendê-los, acabam passando toda a responsabilidade para a institui-

ção, que depende da colaboração da comunidade por ser filantrópica.

A enfermeira Ana salienta que o Lar de Zulma está aberto para realização de estágios acadêmicos e, atualmente conta com três estagiários da 8ª. Fase de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que desenvolvem trabalho na área de Assistência de Enfermagem ao Idoso em Ambiente Asilar..., orientado pela professora Lúcia Takase. No entanto, "outras áreas como Educação Física, Nutrição e Psicologia são muito bem-vindas, pois a interdisciplinaridade é muito importante para a promoção e proteção da saúde dos idosos", destaca a enfermeira.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

As alunas foram respeitosas com todos os envolvidos no funcionamento do asilo, local do estágio. São estudiosas, responsáveis e comprometidas com os objetivos e metas traçadas para esta prática. Demonstraram um senso de grupo, sintonizaram-se para um cuidado humanizado aos idosos assistidos utilizando o enfoque de Paterson e Zderad, e cujos resultados foram evidentes.

Em 31/07/2000

Lucia H. Takase Gonçalves